

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CULTURA DE AUTOCUIDADO DESDE UN
ENFOQUE DEL SG-SST EN EL HOGAR HERMANITAS DE LOS POBRES**

Autores:

AVELLA GONZÁLEZ LUZ STELLA

POLANCO ORTIZ ANGIE CATHERINE

RINCÓN SÁNCHEZ ZULLY LORENA

Especialización en Gerencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

Dirección de Posgrados

Universidad ECCI

Bogotá, D.C., mayo 11, 2020

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CULTURA AUTOCUIDADO DESDE UN
ENFOQUE DEL SG-SST EN EL HOGAR HERMANITAS DE LOS POBRES**

**AVELLA GONZÁLEZ LUZ STELLA
POLANCO ORTIZ ANGIE CATHERINE
RINCÓN SÁNCHEZ ZULLY LORENA**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el título de especialista en Gerencia
de la Seguridad y Salud en el Trabajo**

Asesor:

LUISA FERNANDA GAITAN AVILA

Especialización en Gerencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

Dirección de Posgrados

Universidad ECCI

Bogotá, D.C., mayo, 2020

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Pregunta de Investigación	12
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo General	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN.....	14
3.1 Justificación	14
3.2 Delimitación.....	15
3.3 Limitaciones.....	15
4 MARCO DE REFERENCIA.....	16
4.1 Estado del arte.....	16
4.2 Marco Teórico.....	24
4.3 Marco Contextual.....	31

4.3.1	Ubicación	31
4.3.2	Historia.....	32
4.3.3	Visión.....	34
4.3.4	Misión	35
4.3.5	Valores	35
4.3.6	Estructura Organizacional.....	35
4.3.7	Procesos y mapas de proceso.....	36
4.3.8	Esquema de Atención	37
4.4	Marco legal	38
4.5	Marco Metodológico de la investigación.....	44
4.5.1	Paradigma	46
4.5.2	Tipo de investigación.....	47
4.5.3	Población.....	47
4.5.4	Muestra	47
4.5.5	Instrumentos.....	¡Error! Marcador no definido.
4.5.6	Técnicas de análisis.....	52
4.5.7	Fases.....	52

4.5.8	Cronograma.....	59
4.5.9	Análisis de la información	59
5	RESULTADOS	63
5.1	Matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos (IPVR).....	64
5.2	Evaluación Inicial	66
5.2.1	Construcción Colectiva.....	71
5.3	Presentación de resultados	71
5.4	Condiciones sociodemográficas.....	71
5.5	Resultados Encuesta Virtual	77
5.6	Hablemos un rato “Conversatorio Virtual”.....	83
6	ANÁLISIS DE RESULTADOS	84
6.1	Vinculación y Promoción	84
6.2	Programas	85
6.3	Organización.....	86
6.4	Equipo Humano	86
6.5	Comunicación Interna.....	87

6.6	Capacitación.....	87
6.7	Elementos y materiales para el equipo de trabajo.....	88
6.8	Análisis matriz DOFA	89
6.8.1	Estrategias Ofensivas: (Fortaleza- Oportunidad).....	92
6.8.2	Estrategias Defensivas: (Fortalezas y Amenazas)	92
6.8.3	Estrategia Adaptativa: (Debilidades -Oportunidades).	93
7	PROGRAMA DE AUTOCUIDADO “ÉTICA DEL CUIDADO”	94
8	CONCLUSIONES.....	95
9	RECOMENDACIONES	97
10	PRESUPUESTO	99
11	REFERENCIAS.....	101
12	ANEXOS.....	106
	Anexo 1. Ubicación de las casas del Hogar Hermanitas de los Pobres	106
	Anexo 2. Guía del Conversatorio "Hablemos un rato".....	107
	Anexo 3. Cuestionario Virtual	109
	Anexo 4. Glosario	112

Anexo 5. Cronograma.....	116
Anexo 6. Matriz de Identificación de peligros y valoración de riesgos.....	124
Anexo 7. Evaluación inicial de la matriz de peligros	125
Anexo 8. PROGRAMA DE AUTOCUIDADO “Ética del Cuidado”	126

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Priorización de Riesgos.....	66
Gráfica 2. Evaluación inicial por ciclo PHVA.....	68
Gráfica 3. Evaluación inicial por Estándar	69
Gráfica 4. Ausentismos por periodos	70
Gráfica 5. Género	72
Gráfica 6. Edad.....	72
Gráfica 7. Estado Civil.....	73
Gráfica 8. Personas a cargo	73
Gráfica 9. Nivel de estudios	74
Gráfica 10. Tipo de vivienda.....	74
Gráfica 11. Estrato Socioeconómico.....	75
Gráfica 12. Muestra de la población participantes en encuesta virtual.....	76
Gráfica 13. Conocimiento del SG-SST	77
Gráfica 14. Condiciones de Salud.....	78
Gráfica 15. Condiciones de Trabajo.....	79
Gráfica 16. Condiciones psicosociales.....	81

Gráfica 17. Participantes al conversatorio virtual	83
--	----

Índice de figuras

Figura 1. Organigrama del HDLP	36
Figura 2. Mapa de Procesos	36
Figura 3. Esquema de atención en el HDLP	38
Figura 4. Características de la evaluación inicial	57

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de exposición- HDLP	29
Tabla 2. Nivel de exposición - HDLP	30
Tabla 3. Nivel de Probabilidad - HDLP	30
Tabla 4. Ubicación casa de HDLP	31
Tabla 5. Matriz Legal	39
Tabla 6. Grupo de personas por casa que participaron encuesta virtual	48
Tabla 7. Técnicas e instrumentos de recolección de información	49
Tabla 8: Significado – Recolección de información	53
Tabla 9. Cronograma	59
Tabla 10. Plan de Contingencia	60
Tabla 11. Priorización de riesgos de acuerdo a las matrices IPVR	65
Tabla 12. Consolidado de Ausentismos Laborales	70
Tabla 14. Condiciones de seguridad	78
Tabla 16. Condiciones psicosociales	81
Tabla 17. Matriz DOFA	89

Introducción

En la actualidad en las organizaciones de cualquier tamaño, nivel, sector, cantidad de trabajadores u objeto ha cobrado bastante importancia el implementar un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST el cual busca entre otras cosas mejorar las condiciones de los trabajadores y el medio ambiente de trabajo; así como la salud que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores que la conforman.

En el contexto colombiano, se han desarrollado una serie de normas y planes para favorecer las condiciones de trabajo, mejorar la calidad de vida de los trabajadores y minimizar o eliminar los peligros y riesgos existentes en las organizaciones, donde tanto a nivel internacional como nacional existen actualmente un abanico de normas y convenios como el de la OIT que propende fomentar el trabajo digno en condiciones seguras. A nivel nacional contamos con el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo entre otros, que buscan desarrollar estrategias para optimizar el sistema de protección a los trabajadores, basados en las necesidades detectadas y no en el deber ser de la seguridad y salud en el trabajo, la Ley 9 de 1979 dedicó uno de sus títulos (TITULO III- Salud Ocupacional - Artículo 80) donde establece normas para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones, tales como a) Prevenir todo daño para la salud de las personas, derivado de las condiciones de trabajo; b) Proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, orgánicos, mecánicos y otros que pueden afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo; c) Eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud en los lugares de trabajo; d) Proteger la salud de los trabajadores y de la población contra los riesgos causados por las radiaciones; e)

Proteger a los trabajadores y a la población contra los riesgos para la salud provenientes de la producción, almacenamiento, transporte, expendio, uso o disposición de sustancias peligrosas para la salud pública. La normatividad frente al tema ha sido gradualmente actualizada naciendo más Leyes, Decretos y resoluciones, que soporten el sistema, uno de ellos es el Decreto único reglamentario 1072 de marzo de 2015 el cual busca que las empresas implementen y tengan buenas prácticas en la Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) y la Resolución 0312 de 2019 la cual regula los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

El desarrollar este trabajo de grado, permitió aplicar los conocimientos y herramientas que se han adquirido a lo largo de la Especialización de Gerencia del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, donde se buscaba diseñar un Programa desde un enfoque de autocuidado en el Hogar de Hermanitas de los Pobres, el cual es una congregación que está al servicio de los ancianos pobres en los cinco continentes; además se encuentra ubicada en Colombia donde realizan sus labores desde el 2 de octubre de 1899, cuentan con 9 casas en: Bogotá (Chapinero y Decima), Cali, Cartago, Medellín, Tibú, Tunja, Valledupar y Zipaquirá. El objetivo de diseñar este programa en el Hogar es mejorar la calidad de vida y el bienestar de los colaboradores a través de prevenir lesiones y enfermedades laborales, promover la salud y proteger la seguridad de estos, de igual manera dar cumplimiento a la norma.

1 Problema de investigación

1.1 Descripción del problema

Existen varias organizaciones en Colombia que no han comprendido la importancia que tiene implementar el Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo, no solo para ellos como empresarios sino para sus trabajadores, pues esto permite que el estrés laboral no vaya en aumento y que los accidentes y enfermedades de trabajo disminuyan, pues se van a generar espacios de trabajo seguros y armónicos; además de lo anterior la no implementación consiente del sistema, trae consigo graves consecuencias sancionatorias.

Actualmente en el Hogar Hermanitas de los Pobres (HDLP) se cuenta con un Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo validado por la ARL Colmena, pero por falta de recursos tanto humanos, técnicos, como económicos el Hogar no ha logrado implementar el mismo.

Conscientes de la gran importancia que trae consigo la implementación del SG-SST para el bienestar y seguridad de sus colaboradores, se propuso a la Universidad ECCI en el marco de la especialización de Gerencia de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, diseñar un programa con un enfoque de autocuidado, construido desde un trabajo colectivo con el personal de la Congregación, apuntando a generar comportamientos seguros, saludables en los colaboradores y que se orienten a la construcción de una cultura de cuidarse a sí mismo y a los otros en el lugar de trabajo.

El programa busca dar sentido al cuidado del SER humano y las prácticas de equipo, ya que se considera que el trabajo en equipo posee una serie de competencias que hacen de él un elemento importante de analizar y estudiar, entendiendo que cada uno de los individuos que conforma el HDLP cuentan con habilidades y destrezas que complementan y retroalimentan el trabajo realizado, dándole mayor importancia al autocuidado como una reacción de manera

colectiva para enfrentar instancias de situaciones de riesgos generando alternativas de solución a los mismos.

Lograr que la congregación reconozca la responsabilidad que tiene frente a la seguridad y salud de sus trabajadores, es de suma importancia por lo que el programa tendrá acciones que refuercen este tema y permita que se empoderen las madres superiores en el autocuidado de su gente, de ellas mismas, de sus proveedores, voluntarios y bienhechores.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles aspectos son relevantes en seguridad y salud en el trabajo de los colaboradores del HDLP que sirven para construir el Programa de Autocuidado?

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Diseñar un Programa de Cultura de Autocuidado en el Hogar Hermanitas de los Pobres, con base en los resultados del diagnóstico de peligros y riesgos, la evaluación inicial y la construcción colectiva, en busca de que los colaboradores realicen sus actividades de forma más segura.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar la matriz de peligros, riesgos y la evaluación inicial en busca de identificar información importante que de línea para construir el Programa de Autocuidado desde las necesidades detectadas y validadas.
- Realizar una lectura de la realidad sobre la congregación el Hogar Hermanitas de los pobres identificando los problemas de autocuidado que presentan en los colaboradores del mismo a través de la aplicación de técnicas de recolección de información.
- Formular la propuesta de intervención para el diseño del programa basado en la cultura de autocuidado que sirva como dispositivo y herramienta para sensibilizar al personal que labora en el Hogar Hermanitas de los Pobres de la importancia de este para lograr el bienestar y calidad de vida.

3 Justificación y delimitación

3.1 Justificación

La necesidad y la importancia de que las empresas cuente con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y por ende con un Programa de Autocuidado construido y enriquecido desde los aportes de los mismos colaboradores, es una justificación más que valiosa, es potente, en la medida en que las acciones resultantes del proceso de recolección de información implica (Análisis de la matriz de identificación de riesgos y valoración de riesgos, evaluación inicial y proceso de construcción colectiva) que existe coherencia con la realidad, pertinencia del programa y oportunidad para su desarrollo e implementación del mismo.

Es importante que, en el Hogar cada persona conozca y entienda que su salud, su cuidado y su seguridad dependen en gran parte de cada uno de ellos, sobre todo teniendo en cuenta que algunos de los colaboradores del Hogar de las Hermanitas de los Pobres, realizan labores que requieren de competencias que ellos no tienen como levantar cargas pesadas repetitivamente en la jornada de trabajo, lo que les ocasiona lumbagos entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define a la salud como: “El mejor estado de bienestar integral, físico, mental y social, que una persona puede alcanzar y no solamente como la ausencia de enfermedades. Consecuentes con lo anterior, la salud integral es la principal condición del desarrollo humano y por ende la gestión de la salud laboral, la promoción y la prevención de riesgos deben ser factores predominantes dentro del Programa de Autocuidado diseñado para el hogar, desde las particularidades que requieren cada una de las nueve casas existentes.

3.2 Delimitación

Este estudio se realiza en una congregación privada sin ánimo de lucro, grupo que atiende a personas mayores en situación de vulnerabilidad llamado Hogar Hermanitas de los Pobres ubicada en 8 Departamentos de Colombia.

3.3 Limitaciones

Se tiene una limitación actualmente que depende de los tiempos del aislamiento obligatorio por el virus de Coronavirus- COVID 19 que existe en este momento en el país y en mundo entero, lo que no permite el acercamiento al hogar para aplicar las actividades vivenciales y la observación participativa, pero se generan estrategias que permitan desde la virtualidad lograr el acceso a la información que se requiere.

4 Marco de Referencia

4.1 Estado del arte

El marco de referencia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo actualmente es muy amplio y rico tanto en la norma como los documentos de expertos en el tema, por lo que se va iniciar mencionado un documento muy interesante como es “Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo: una herramienta para la mejora continua de la Organización Internacional del Trabajo- OIT, el cual informa que cada 15 segundos, un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. Cada 15 segundos, 153 trabajadores tienen un accidente laboral. Cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo – más de 2,3 millones de muertes por año. Anualmente ocurren más de 317 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en ausentismo laboral. El costo de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4 por ciento del Producto Interior Bruto global de cada año (Martinez & Rodríguez, 2016) .

Para la OIT, La seguridad y la salud en el trabajo (SST) es una disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo (OIT, 2011).

Jornadas Según las XVII^a Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales y Responsabilidad Social de Oviedo España (59), la prevención en riesgos laborales tiene unos beneficios socioeconómicos importantes en las empresas y los países, porque disminuye en un 25% las incapacidades laborales, los costos en los planes asistenciales en salud y las indemnizaciones de los trabajadores (IAPRL, 2005).

Existen otros costos directos e indirectos que no son fáciles de medir pero que tienen un impacto significativo en el trabajador, la familia y la sociedad: 1. El trabajador: afectaciones en su proyecto de vida, a la disminución o pérdida de las capacidades físicas, al sufrimiento físico y moral ocasionado, y disminución de su bienestar y calidad de vida. 2. La Familia: afectan el desarrollo y expectativas de vida del entorno familiar en cuanto a que se deja de recibir los ingresos económicos que dependen del trabajador, y porque se altera la dinámica y funcionalidad de ésta. 3. La sociedad: La imposibilidad de la rehabilitación y reubicación laboral, la discriminación de social y la pérdida de la fuerza laboral activa.

Un artículo que se debe referenciar es “Gestión de la Salud y la Seguridad” (Managing for health and safety) de la HSE, el éxito de cualquier proceso o sistema a implementar, depende de las actitudes y comportamientos de las personas en la organización (lo que a veces se denomina la "cultura de seguridad") (Health and Safety Executive, 2013).

Karl Marx (1818-1883) y Frederic Engels (1820-1895) han tenido trascendencia en las reformas laborales de Europa y de América, son los promotores de la sindicalización y de la mejora de las condiciones de trabajo y seguridad. (Arias, 2012).

La prevención de riesgos laborales ha tomado diferentes nombres a lo largo del tiempo, sin embargo, todas tienen un mismo objetivo fundamental “la protección de la salud y el bienestar de los trabajadores mediante acciones preventivas y de control en el ambiente de trabajo” (Molano & Arévalo, 2011).

La Guía técnica de implementación para MIPYMES emitida por el Ministerio de Trabajo de Colombia, brinda las herramientas necesarias para que los empleadores implementen el SGSST en su empresa. Entre las recomendaciones de la guía, se encuentran los 10 pasos que se deben seguir para la implementación del SGSST basado en el ciclo PHVA, estos pasos se referencias

como ruta para el proyecto de tesis a desarrollar así:

Paso 1. Evaluación inicial del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Paso 2. Identificación de peligros, Evaluación, Valoración de los Riesgos y Gestión de los mismos.

Paso 3. Política y Objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo

Paso 4. Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y asignación de recursos

Paso 5. Programa de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción en SST.

Paso 6. Prevención, preparación y respuesta ante emergencias.

Paso 7. Reporte e investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Paso 8. Criterios para adquisición de bienes o contratación de servicios con las disposiciones del SG-SST.

Paso 9. Medición y evaluación de la gestión en SST.

Paso 10. Acciones preventivas o correctivas (Ministerio de trabajo, 2016)

La aplicación de los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) se basa en criterios, normas y resultados pertinentes en materia de SST. Tiene por objeto proporcionar un método para evaluar y mejorar los resultados en la prevención de los incidentes y accidentes en el lugar de trabajo por medio de la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo. Es un método lógico y por pasos para decidir aquello que debe hacerse, y el mejor modo de hacerlo, supervisar los progresos realizados con respecto al logro de las metas establecidas, evaluar la eficacia de las medidas adoptadas e identificar ámbitos que deben mejorarse. Puede y debe ser capaz de adaptarse a los cambios operados en la actividad de la organización y a los requisitos legislativos (Decreto 1072, 2015).

La seguridad y la salud en el trabajo es definido por ILO-OSH (2001) en el documento Directrices relativas a los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el trabajo, incluyendo el cumplimiento de los requerimientos de la SST conforme a las leyes y reglamentaciones nacionales, son la responsabilidad y el deber del empleador. Por consiguiente, el empleador en el caso del HDLP la madre superiora, su equipo y los colaboradores deben mostrar interés, compromiso y liderazgo en relación a las actividades que emanen del proceso de construcción del Sistema.

El Decreto 1072 de 2015 en el libro 2, parte 2, título 4, capítulo 6 define para Colombia las directrices de obligatorio cumplimiento para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y adicionalmente, establece las obligaciones de los empleadores, los trabajadores y las administradoras de riesgos laborales respecto a la implementación del SGSST (Decreto 1072, 2015).

Esta normatividad es la guía principal para el desarrollo de este proyecto, la cual se encuentra estructurada en siete capítulos:

1. Objeto, campo de aplicación y definiciones
2. Política en seguridad y salud en el trabajo
3. Organización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo
4. Planificación
5. Aplicación
6. Auditoría y revisión de la alta dirección
7. Mejoramiento.

Como se puede evidenciar el sistema es integral, holístico y articular entre sí, lo que implica como se enuncia en el Ciclo Deming “Planificar-Hacer- Verificar-Actuar” (PHVA). En este

sentido al implementarse desde este enfoque podemos percibir que al planear se están generando directrices, políticas teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de HDLP y la norma que regula el SST. La fase “Hacer” hace referencia a la aplicación y puesta en práctica del sistema teniendo en cuenta lo planeado y proyectado a ejecutar el “Verificar” se centra en monitorear y evaluar los resultados de los planes, actividades ejecutados y la última fase la de “Actuar” cierra el ciclo con un examen del sistema en el contexto de la mejora continua y la preparación del sistema para el próximo ciclo (Ruíz, 2018).

El autocuidado se va a trabajar desde la integralidad del ser humano en sus ámbitos tanto familiar, laboral, social y de descanso u ocupación del tiempo libre, pues este se desarrollará en el transcurso de todo este proyecto y será el hilo conductor.

La Organización Mundial de Salud acota que el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismo para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad. Es así que el concepto lo define como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OMS, 2008).

Es un término amplio que abarca las siguientes acciones:

Higiene (general y personal) - Nutrición (tipo y calidad de alimento) - Estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.) - Factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.)- Factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.)

Automedicación.

Además de lo anterior tendremos en cuenta lo manifestado por la OIT sobre una “Cultura de Autocuidado para la Prevención de Riesgos Profesionales” sigue siendo uno de los problemas más graves a nivel social y económico en el mundo. A nivel internacional nos manifiesta la OIT que se han reportado datos relacionados con la tasa de incidencia por enfermedad profesional cercana a 8000 casos por cada 100.000 trabajadores basados en registros de auto reporte. En cuanto a costos, la OIT ha señalado que estas enfermedades tendrían un valor equivalente al 4.5%, del producto interno bruto (Silva & Cruz, 2008). El Autocuidado en la salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de la salud o enfermedad. Una persona que practica el Autocuidado es aquella que se percibe como un ser valioso en su condición de ser humano y que está en capacidad de construir su propio proyecto de vida y en su ambiente laboral, personal y familiar, piensa en soluciones que lo benefician tanto a él como a sus compañeros. Es evidente entonces que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de Autocuidado en el personal que labora en dichos establecimientos. En el país el panorama acerca de una “Cultura de Autocuidado” no es alentador, ya que los esfuerzos dedicados al desarrollo de estrategias con este fin a nivel de las instituciones de salud, son aún insuficientes, con el proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo se hace urgente implementar una cultura de Autocuidado y así, fomentar conductas y estilos de vida saludables en los trabajadores (Consejo Colombiano de Seguridad).

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o

hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición enfermedades crónicas son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Por otra parte, esta teoría hace énfasis en que el autocuidado que se realiza a lo largo del tiempo puede ser comprendido como un sistema de acción y de autocuidado siempre que haya un conocimiento de las actividades de cuidado realizadas. Se entiende entonces que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal, concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

Existen factores internos o externos de las personas que afectan las capacidades de auto cuidado que se denominan factores condicionantes básicos (FCB), los que se agrupan en tres categorías: (1) factores que describen a la persona o a grupos, como la edad, sexo y estado de desarrollo; (2) factores que relacionan a estos individuos con sus familiares de origen o de matrimonio, entre los que se encuentran la orientación sociocultural y factores del sistema familiar y (3) factores que ubican a los individuos en su medio y los relacionan con condiciones y circunstancias de vida como el estado de salud, factores del sistema de cuidado de la salud, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos. En este trabajo las características socio demográficas serán los FCB y se considerarán la edad, sexo, estado civil, educación, tiempo con el tratamiento de hemodiálisis, antecedentes familiares y personales (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Además, el autocuidado en varios estudios ha demostrado que el conocimiento sobre la enfermedad aumenta en la capacidad en la toma de decisiones y la responsabilidad de las consecuencias de sus acciones (Moattari, Ebrahimi, Sharifi, & Rouzbeh, 2012).

A nivel nacional, Rodríguez Rojas & Molano Velandia J (2012)., se han enfocado en estudiar y en establecer una herramienta que pudiera evaluar la gestión de la salud y seguridad en el trabajo, pues según los autores hasta el momento no se han creado herramientas que puedan validar el éxito o no de un sistema de gestión en las empresas del territorio nacional, y con ello poder generar planes que contribuyan a mejorar y potencializar espacios de vida saludable dentro del contexto laboral(p. 26). Por su parte el trabajo de Vega Monsalve Ninfa (2016) se enfocó en investigar cuales eran las razones por las cuales las empresas colombianas incumplían los controles de seguridad en el trabajo, hallando que las principales causas de la no implementación del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo fue por falta de apoyo de la gerencia y falta de apoyo del resto de los colaboradores (p. 27).. Andrade V y Gómez I (2013) refieren que, en materia de salud laboral en Colombia, los estudios en su gran mayoría se han centrado básicamente en la medición de riesgos más comunes tales como, riesgos físicos, ergonómicos, químicos, de las distintas funciones profesionales (p. 35). Por su parte, en cuanto al tema del autocuidado, se cita la definición de cultura de autocuidado la cual menciona que es la herencia social global de un grupo, y el cual incluye varios conceptos como los son, acciones aprendidas y representaciones mentales de diversos tipos (Choque, 2005). En concordancia con lo anterior, Auriol Tapia I., y Torres López T (2016) refieren que se puede lograr la integración del trabajador al modelo de gestión y que esta cultura puede ser integrada a los valores empresariales (p. 43).

4.2 Marco Teórico

El marco teórico de este proyecto, es muy amplio desde el conocimiento, los conceptos y definiciones que son relevantes y pertinentes para construir un documento valioso que no solo sirva como requisito académico, sino que sirva para aplicar en otras las empresas en general de acuerdo a los diferentes contextos laborales.

El Decreto que mayor injerencia tiene actualmente en el SG-SST es el 1072 de 2015 donde menciona en su Artículo 2.2.4.6.2 que, para implementar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, es necesario aplicar las siguientes definiciones

1. Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

2. Acción de mejora: Acción de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, para lograr mejoras en el desempeño de la organización en la seguridad y la salud en el trabajo de forma coherente con su política.

3. Acción preventiva: Acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

4. Actividad no rutinaria: Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria por su baja frecuencia de ejecución.

5. Actividad rutinaria: Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

6. Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

7. Amenaza: Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar

pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la estructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales.

8. Auto reporte de condiciones de trabajo y salud: Proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.

9. Centro de trabajo: Se entiende por centro de trabajo a toda edificación o área a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

10. Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo (Decreto 1072, 2015).

El mismo Decreto define el SG-SST es un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo.

El SG-SST debe ser liderado e implementado por el empleador, con la participación de los trabajadores, garantizando la aplicación de las medidas de Seguridad y Salud en el trabajo, el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo.

El SG-SST, está estrechamente relacionado con el tema de autocuidado por lo que se va referenciar el mismo teniendo en cuentas diversas definiciones de los expertos tales como: El autocuidado hace referencia a las prácticas de la vida diaria y a las condiciones que realiza una persona, familia o grupo para cuidar su salud, estas prácticas son destrezas que se aprenden a través de toda la vida, que son de uso continuo y se utiliza por libre decisión; con el fin de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad respondiendo a la capacidad de

supervivencia a las prácticas habituales de su cultura (Tobón, 2002).

Orem, se basa en dos premisas sobre el autocuidado: “la primera como conducta para con uno mismo aprendida a través de las relaciones con otros; la segunda, como derecho y responsabilidad de cada persona. Responsabilidad que trasciende de uno mismo, ya que a veces se hace para otros, y derecho en cuanto a que cuando una persona no puede cuidarse por sí misma ni puede ser ayudada por sus cercanos necesita de ayuda social, profesional” (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Además Orem define el autocuidado como la “compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo para decidir lo que pueden y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo” (Buitrago & Cárdenas, 2009).

El autocuidado de la salud se ve influenciado por los estilos de vida que lleve cada persona. Estos son “considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo como componentes importantes de intervención para promover el buen funcionamiento” (Giraldo, Toro, Macías, Valencia, & Palacio, 2010).

Se hace referencia al artículo publicado en ACHS (2016) Autocuidado: cómo ser responsable de nosotros mismos; no refiere que comúnmente se asocia este concepto al ámbito laboral, pero en realidad tiene que ver con mucho más que eso. Tomar conciencia de la importancia de su propio cuidado es la clave que hará alcanzar un bienestar tanto físico como mental.

Hoy se lleva ritmo de vida tan acelerado, que muchas veces no nos damos cuenta de las cosas

que hacemos. De hecho, existen rutinas o hábitos que se tienen incorporados en el día a día y que los llevan a funcionar en lo que se conoce como “piloto automático”.

Por eso es importante tomarse un tiempo para reflexionar con calma sobre la forma en que nos comportamos en el hogar, trabajo e incluso en la vía pública, para tener una mirada sobre qué valor le damos al propio cuidado y por qué se llega a desarrollar la costumbre de no poner atención en ello.

Si no me cuido yo, ¿entonces quién? Esta es una de las preguntas básicas que surgen cuando se habla de autocuidado. Cobra mucho sentido si considera que en el medio hay infinitas situaciones y elementos que pueden ser un riesgo en cualquier escenario y que no se pueden controlar. Es así incluso en el hogar, el lugar que se considera más seguro. Entonces, si se asume eso y comprende que hay un trabajo personal a realizar para que se logre y mantenga el bienestar, se evidencia la importancia de que cuidarse es un acto que se debe incorporar y poner en práctica cada día (ACHS, 2016)

Se abordará un tema que va ser transversal en todo el proyecto que es la calidad de vida laboral, ya que día a día se ha convertido en un tema de interés porque influye de forma directa y positiva en su funcionamiento, procesos, desarrollo económico y social en la organización y principalmente en foco de seguridad y salud en el trabajo, porque se evidencia que en la medida en que se estimule el desarrollo del personal los resultados de productividad y ambiente laboral mejora y por ende el nivel de satisfacción se eleva (Agudelo & Boyero, 2015), en tal sentido Correa y Cirera (2013) propone que la calidad de vida laboral tiene que ver con la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador, y también con todo lo relacionado con su entorno laboral, pretendiendo reconciliar aspectos del trabajo que tienen que ver con las experiencias individuales, familiares y con los objetivos organizacionales; siendo esta la responsable de

proporcionar ambientes de trabajo adecuados y entornos favorables para los trabajadores, generando espacios que permitan la satisfacción laboral a través de la motivación, el compromiso y la funcionabilidad.

En el transcurso de los años ha habido un sin número de publicaciones sobre el concepto de calidad de vida laboral, ha sido asumido por distintas disciplinas de estudio, como la economía, la medicina o las ciencias sociales, por lo que presentamos a continuación un compendio de definiciones de diferentes autores que referencian su concepto desde sus diferentes percepciones, experiencia y conocimientos (Granados, 2011):

Como se puede evidenciar el concepto de calidad de vida tiene que ver con el bienestar del ser humanos en todos sus ámbitos como el social, familiar y el laboral, por lo que abordar la calidad de vida laboral desde un enfoque de autocuidado, permite alinearlos con ambientes y conductas seguras que contribuyan con su propio cuidado, el de sus compañeros y el de la organización (Urzúa & Caqueo, 2012).

El autocuidado es un concepto que ha evolucionado constantemente durante la historia humana considerando las nuevas necesidades que surgen en el mundo caracterizado por el acelerado cambio al que nos enfrentamos. Los antecedentes de autocuidado datan desde los tiempos prehistóricos donde el hombre trabajó para satisfacer sus necesidades básicas para subsistir: alimentación, vivienda, protección, recreación, confort, transporte y la necesidad de socialización para su desarrollo con la constitución de una familia y el trabajo en grupos (Rojas, Pérez, Lluch, Cabrera, & Maritza, 2009).

La evaluación de los riesgos corresponde al proceso de determinar la probabilidad de que ocurran eventos específicos y la magnitud de sus consecuencias, mediante el uso sistemático de la información disponible (GTC 45, 2010).

Para evaluar el nivel de riesgo (NR), se debería determinar lo siguiente:

$$NR = NP \times NC - \text{NIVEL DEL RIESGO Y DE INTERVENCION}$$

Donde

NP = Nivel de probabilidad NC = Nivel de consecuencia

A su vez, para determinar el NP se requiere:

$$NP = ND \times NE$$

Donde:

ND = Nivel de deficiencia NE = Nivel de exposición

Nivel de deficiencia

Es la magnitud de la relación esperable entre:

El conjunto de peligros detectados y su relación causal directa con posibles incidentes. Con la eficacia de las medidas preventivas existentes en un lugar de trabajo

Tabla 1. Nivel de exposición- HDLP

Nivel de Deficiencia	ND	Significado
Muy Alto (MA)	10	Se ha(n) detectado peligro(s) que determina(n) como muy posible la generación de incidentes, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo es nula o no existe, o ambos.
Alto (A)	6	Se ha(n) detectado algún(os) peligro(s) que pueden dar lugar a consecuencias significativa(s), o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambos.
Medio (M)	2	Se han detectado peligros que pueden dar lugar a consecuencias poco significativas (s) o de menor importancia, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es moderada, o ambos.
Bajo (B)	No se asigna valor	No se ha detectado anomalía destacable alguna, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta, o ambos. El riesgo está controlado.

Nivel de exposición

Es la situación de exposición a un riesgo que se presenta en un tiempo determinado durante la

jornada laboral y es la combinación de los resultados de nivel de exposición y la determinación del nivel de deficiencia, y este resultado lo interpretamos en la tabla de nivel de probabilidad.

Tabla 2. Nivel de exposición - HDLP

Nivel de exposición	NE	Significado
Continua (EC)	4	La situación de exposición se presenta sin interrupción o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral.
Frecuente (EF)	3	La situación de exposición se presenta varias veces durante la jornada laboral por tiempos cortos.
Ocasional (EO)	2	La situación de exposición se presenta alguna vez durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto.
Esporádica (EE)	1	La situación de exposición se presenta de manera eventual.

Nivel de probabilidad:

Tabla 3. Nivel de Probabilidad - HDLP

Niveles de Probabilidad		Nivel de Exposición (NE)			
		4	3	2	1
Nivel de deficiencia (ND)	10	MA - 40	MA - 30	A - 20	A - 10
	6	MA - 24	A - 18	A - 12	M - 6
	2	M - 8	M - 6	B - 4	B - 2

Nivel de probabilidad	NP	Significado
Muy Alto (MA)	Entre 40 y 24	Situación deficiente con exposición continua, o muy deficiente con exposición frecuente. Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia.
Alto (A)	Entre 20 y 10	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica. La materialización del Riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral
Medio (M)	Entre 8 y 6	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente. Es posible que suceda el daño alguna vez.
Bajo (B)	Entre 4 y 2	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición. No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

4.3 Marco Contextual

4.3.1 Ubicación

El contexto de esta investigación se realiza en el Hogar Hermanitas de los pobres, la cual es una entidad sin ánimo de lucro de origen canónico, con personería jurídica de la Cancillería de la Arquidiócesis de Bogotá, identificada con el NIT 860.007.305-3, con domicilio en nueve Departamentos de Colombia, (Ver mapa Anexo 1), a continuación, se presenta la ubicación de las casas, así:

Tabla 4. Ubicación casa de HDLP

Casas HDLP	Dirección
Bogotá – Centro	Carrera 10 No. 1 – 54
Bogotá Chapinero	Calle 63 No. 28 – 65
Tunja	Calle 17 No. 12 – 81
Zipaquirá	Carrera 14 No. 7 E-03
Cartago Valle	Carrera 4 No. 26 – 47
Medellín	Calle 44 No. 43 – 58,
Tibú	Calle 16 No. 8- 30
Valledupar	Calle 13 B bis No. 19 B – 43
Cali	Calle 5 No. 26 – 47

Su enfoque es la acogida y cuidado de los ancianos pobres, la representante legal es la Reverenda Hermana Mercedes Ordeig Griega identifica con la cedula de extranjería No. 491.020 expedida en Bogotá en su carácter de Superiora Provincial y la Representante suplente es la Reverenda hermana Eliduvina García Ascanio, Identificada con la cedula de ciudadanía No. 60.424.177 expedida en Tarra (Norte de Santander).

4.3.2 Historia

Desde su fundación la congregación empezó a extenderse rápidamente por diversas ciudades de Francia; en 1851 se instalaron también en Inglaterra y dos años después en Bélgica. A partir de 1855, con la ayuda del Padre Ernest Lelièvre, experimentó una rápida expansión. A la muerte de Juana Jugan, 40 años después de la fundación, las hermanitas eran ya 2400, divididas en más de 170 comunidades establecidas en Francia, Inglaterra, Bélgica, Escocia, España, Irlanda, Estados Unidos, Argelia, Italia y Malta.

En 1882 se fundó en Calcuta (India) la primera casa en el continente asiático, y en 1884 en Melbourne (Australia). En 1885 se funda la primera casa en América, en Valparaíso (Chile), y en 1886 se iniciaron las fundaciones en África. Actualmente la Congregación está presente en 32 países con 202 casas para los ancianos, con 2800 hermanitas.

Las Hermanitas llegaron a España en 1863. Actualmente existen 27 casas para los ancianos repartidas en dos provincias eclesiásticas, la de Madrid, que incluye también las dos casas existentes en Portugal, y la de Barcelona-Sevilla.

La obra, que en octubre de 1913 iniciaron tres monjas francesas y dos inglesas, tiene hoy su sede cerca al antiguo cementerio de San Lorenzo. Allí, 14 hermanas cuidan a más de 100 ancianos, que encuentran en ese hogar su única opción de vivir sus últimos años con calidad.

Llegaron a Colombia el 2 de octubre de 1899; tenemos 9 casas en la Provincia: Bogotá, Chapinero, Cali, Cartago, Medellín, Tibú, Tunja, Valledupar y Zipaquirá; junto a los ancianos más vulnerables de la sociedad, formaron una sola familia, esforzándose en por mantener vivo el carisma de la fundadora Santa Juana Jugan, que nació el 25 octubre de 1792 en Cancale, un puerto pesquero, situado en la costa Norte de la Bretaña Francesa.

Su Fundadora: Juana Jugan, nació el 25 octubre de 1792 en Cancale, un puerto pesquero

situado en la costa del norte de Bretaña (Francia). Cuando aún no tenía cuatro años su padre desapareció en el mar como tantos otros marinos. Juana y sus hermanos aprendieron de su madre a vivir en la pobreza con honestidad y valentía, en la fe y el Amor a Dios.

Trabajó como sirvienta y cocinera en una casa cerca de Cancale y también como enfermera en un hospital de Saint Servan, otra población de la costa bretona. Juana rechazó una propuesta de matrimonio de un joven marinero diciendo: «Dios me quiere para Él, me guarda para una obra desconocida, para una obra que aún no ha sido fundada».

Estas palabras proféticas que pronunció a la edad de 24 años, se realizaron 23 años después en Saint Servant, cuando un día de invierno de 1839, descubrió a una anciana ciega y paralítica que había sido abandonada; la tomó en sus brazos, la llevo a su casa y le dio su propia cama. Este gesto la comprometería para siempre y a esta primera anciana le seguirían muchos más... Pobre, ella misma, y obligada a trabajar duramente para vivir, Juana es sensible a la miseria de los ancianos que encuentra en las calles y comparte con ellos su salario, su pan y el tiempo de que dispone.

Animada por un Hermano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, inaugura la colecta y va a pedir por y para los ancianos, para poder mantener así a su familia de adopción que crece sin cesar. A la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Juana Jugan debe también el «voto de hospitalidad» por el cual el servicio de los Ancianos pobres es elevado a la dignidad de un acto de la virtud de religión. Ella quería solamente servir a Dios en el prójimo sobre todo en los pobres, manteniéndose fiel a su ideal de imitar a Jesús y María, como San Juan Eudes enseñó a los miembros de la Tercera Orden de la Madre Admirable, asociación fundada en el siglo XVII, a la que Juana Jugan estaba unida desde los 25 años.

En 1843 Juana acogía ya a 40 ancianas y tres jóvenes compañeras se unieron a su causa

escogiendo a Juana como superiora de la pequeña asociación que se encaminaba hacia una auténtica vida religiosa. Juana se convirtió en Sor María de la Cruz, pero no fue sólo en su nombre de religión que ella llevó la Cruz, ya que pronto le robaron su obra siendo destituida del cargo de superiora por un sacerdote que como Vicario parroquial se había comprometido a seguir los inicios de esta pequeña familia, proclamándose como fundador de la Obra y reduciendo la actividad de Juana a la dura labor de la colecta.

A la injusticia Juana responde con silencio, humildad y abandono. Poco a poco la sombra del olvido se va extendiendo sobre Juana Jugan y ella debería pasar los últimos 27 años de su vida en la casa madre, sin ser conocida como la fundadora por las hermanitas, las novicias y las postulantes con las que vivía y trabajaba, pero transmitiendo providencialmente de esa manera, con su silenciosa influencia, el carisma inicial y el auténtico espíritu de los orígenes. Ella fue el grano de trigo que cae en tierra y muere percibiendo sin duda en su interior la unión vital que existía entre esa muerte vivida en su interior, y la vida que brotaba en su familia religiosa. Nadie le prestaba atención, pero ella veía crecer la obra bendecida por Dios, alegrándose de su expansión misionera y sintiendo en su interior un gozo profundo.

Falleció el 29 de agosto de 1879 como una hermanita más y hasta 1902 no empezó a salir a la luz la verdad respecto a los comienzos. Fue beatificada el 3 de octubre de 1982 por el Papa San Juan Pablo II, y canonizada por el Santo Padre Benedicto XVI el 11 de octubre del 2009 (Hermanitas de los pobres, 2014)

4.3.3 Visión

La visión del Hogar Hermanitas de los pobres manifiesta “Somos para la sociedad un referente en el trabajo al servicio desinteresado a favor de los ancianos, testimoniando en medio del mundo el respeto y el valor por la vida hasta su término natural, con una gestión óptima a

través de procesos de mejora continua, en todos los proyectos, desde el saber hacer propio de las Hermanitas de los Pobres”.

4.3.4 Misión

La misión ha sido siempre ejercer la hospitalidad con los Ancianos necesitados, ofreciendo espacios en los que se promueva, defienda, cuide y celebre la vida, facilitando el desarrollo integral del Anciano, y permitiendo la participación activa de cuantas personas quieran colaborar en la misión.

4.3.5 Valores

El espíritu de familia de las Hermanitas de los Pobres: Como espacio físico y emocional en el que la persona desarrolla sus valores y capacidades desde la afectividad, el respeto y la autodeterminación.

4.3.6 Estructura Organizacional

El organigrama del Hogar Hermanitas de los Pobres representa los servicios que se prestan al usuario (Personas Mayores), este no determina la cadena de mando como el de muchas organizaciones, porque si bien hay una cabeza a nivel Nacional que es la Madre Provincial también existe una madre superiora en cada una de las nueve casas existentes en Colombia; lo importante para la Congregación es esforzarse por mantener vivo el carisma de la fundadora Santa Juana Jugan, que es servir, defender y promover la vida de las Personas Mayores de escasos recursos, en su cuidado integral tanto espiritual como material, con fundamentos en los principios y valores.

A continuación, se presenta el organigrama del Hogar Hermanitas de los Pobres:

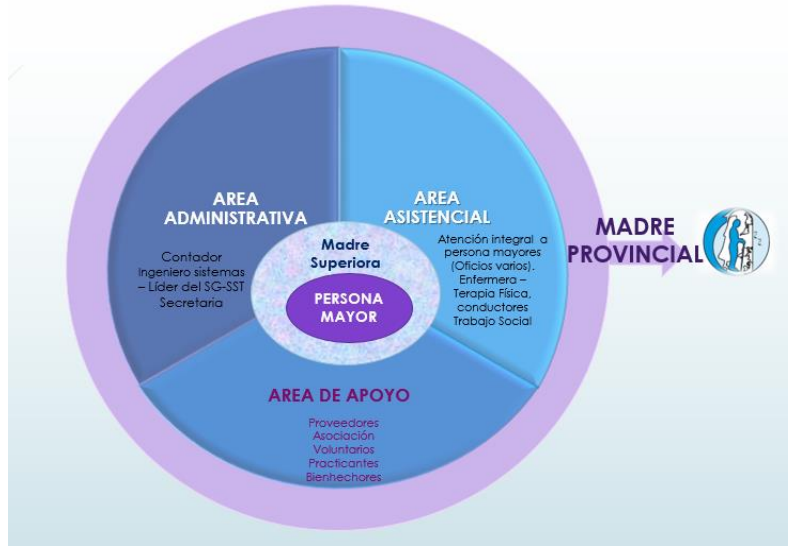


Figura 1. Organigrama del HDLP

4.3.7 Procesos y mapas de proceso

El mapa de procesos del Hogar hermanitas de los pobres HDLP se encuentra dividido en 3 categorías, los procesos estratégicos, los procesos misionales y los procesos de apoyo.

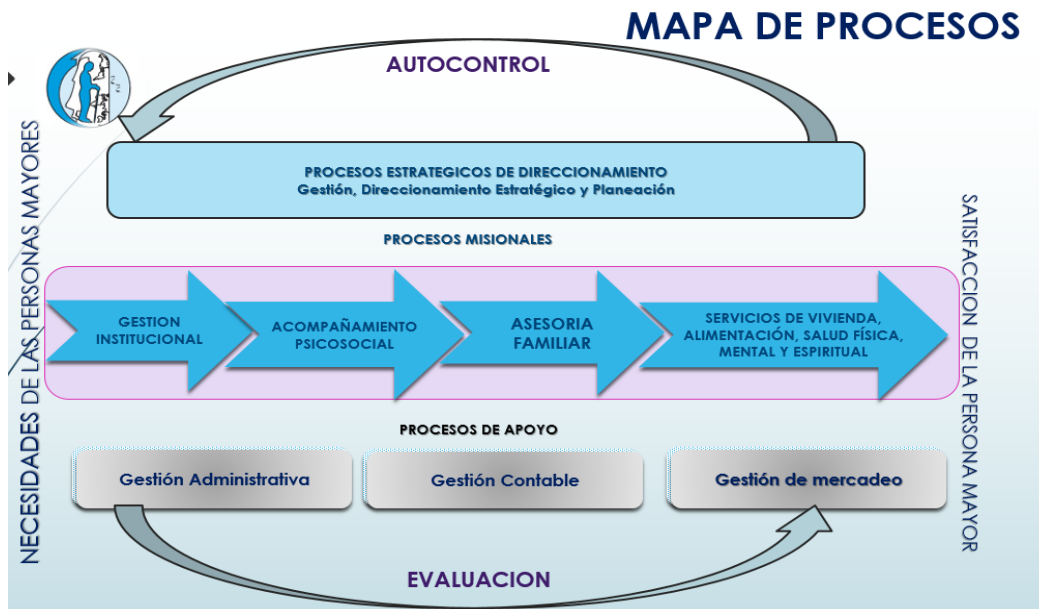


Figura 2. Mapa de Procesos

Cada uno de estos procesos tienen una orientación, así:

Macro procesos Estratégicos: Son los que proporcionan directrices a los demás procesos, estos permiten definir y desplegar las estrategias y objetivos del Hogar Hermanitas de los pobres:

Planeación estratégica

Direccionamiento estratégico

Macro procesos Operativos: Son aquellos que impactan directamente sobre la satisfacción del usuario (Persona mayor) y cualquier otro aspecto de la misión del Hogar: Acompañamiento y asilencia integral a la persona mayor.

Macro procesos de Soporte (Apoyo): Son procesos que no están ligados directamente a la misión de la organización, pero resultan necesarios para que el hogar tenga un funcionamiento desde lo organizacional:

Gestión administrativa

Gestión Contable

Tecnología de la información

Gestión Institucional.

4.3.8 Esquema de Atención

La Congregación de las Hermanitas de los Pobres está al servicio de los ancianos pobres en los cinco continentes y en Latinoamérica en países como Argentina y Colombia; la atención integral que se presta a las personas mayores busca satisfacer sus necesidades y generar condiciones de protección, confianza y seguridad.



Figura 3. Esquema de atención en el HDLP

4.4 Marco legal

Es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST, el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables.

El marco legal presentado a continuación no es la última palabra, ya que el foco es la Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual tiene un abanico bastante amplio normas, por lo que la tabla presentada a continuación se construye de manera cronológica comenzando desde el año 1979 hasta el año 2019.

Tabla 5. Matriz Legal

Nombre	Tema
Ley 9 de 1979	Código Sanitario Nacional
Resolución 2400 de 1979	Estatuto de Seguridad Industrial
Resolución 2013 de 1986	Comité Paritario Salud Ocupacional
Resolución 1016 de 1989	Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. Exámenes ocupacionales
Resolución 1075 de 1992	Campaña de control de la farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo
Ley 55 de 1993	Seguridad en la utilización de productos químicos en el trabajo
Ley 100 de 1993	Sistema General de la Seguridad Social
Decreto 1530 de 1996	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional con muerte del trabajador
Ley 361 de 1997	Mecanismos de integración social de las personas con limitación.
Resolución 1995 de 1999	Historias clínicas
Ley 776 de 2002	Por el cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Esta Ley modificó las prestaciones económicas del S.G.R.P establecido en el Decreto 1295 de 1994

Nombre	Tema
Ley 828 de 2003	Las normas para el Control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social.
Ley 962 de 2005	Ley Anti tramites (registro del Reglamento de Higiene y Seguridad)
Ley 1010 de 2006	Acoso laboral
Decreto 4369 de 2006	Afiliación a la Seguridad Social en empresas de servicios temporales
Resolución 1401 de 2007	Reglamenta la investigación de Accidentes e Incidentes de Trabajo
Resolución 2346 de 2007	Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales
Resolución 1956 de 2008	Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o tabaco
Resolución 2646 de 2008	Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por estrés ocupacional
Resolución 1918 de 2009	Modifica los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones

Nombre	Tema
Ley 1335 de 2009	Prevención y consumo de tabaco
Decreto 2566 de 2009	Tabla de Enfermedades Profesionales
Ley 776 de 2012	Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.
Resolución 652 de 2012	Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.
Ley 1566 de 2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
Ley 1616 de 2012	Salud mental y otras disposiciones
Resolución 1356 de 2012	Por la cual se modifica parcialmente la resolución 652 de 2012.
Ley 1562 de 2012	Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
Resolución 1409 de 2012	Por la cual se establece el reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas.
Decreto 0723 de 2013	Por el cual se reglamenta la afiliación al SGRL de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de

Nombre	Tema
Decreto 2851 de 2013	servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo.
Decreto 1477 de 2014	Nueva tabla de enfermedades laborales
Decreto 1443 de 2014	Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo
Decreto 472 del 2015	Por el cual se reglamentan los criterios de graduación de las multas por infracción a las normas de SST y Riesgos Laborales, se señalan normas para la aplicación de la orden de clausura del lugar de trabajo o cierre definitivo de la empresa y paralización o prohibición inmediata de trabajos o tareas y se dictan otras disposiciones
Decreto 1072 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
Resolución 4927 de 2016	Por la cual se establecen los parámetros y requisitos para desarrollar, certificar y registrar la capacitación virtual en el SG-SST
Decreto 052 de 2017	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37 del Decreto 1072 2015 (Transición al SG-SST)

Nombre	Tema
Resolución 144 de 2017	Por la cual se adopta el formato de identificación de peligros establecido en el artículo 2.2.4.2.5.2 (Afiliación de Independientes a ARL)
Ley 1566 de 2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
Resolución 1111 de 2017	Por medio de la cual se definen los estándares mínimos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 1178 de 2017	Por la cual se establecen los requisitos técnicos y de seguridad para proveedores del servicio de capacitación y entrenamiento en protección contra caídas en trabajo en alturas
Resolución 4927 de 2016	Por lo Cual se establecen los parámetros y Requisitos para desarrollar, certificar y registrar la Capacitación Virtual en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
Resolución 1111 de 2017	Por lo cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo para Empleadores y Contratantes
Resolución 0312 de 2019	Nuevos estándares mínimos del SG-SST y amplía el plazo de transición

Nombre	Tema
Resolución 2404 de 2019	Por la cual se adopta la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial, la Guía Técnica General para la Promoción, Prevención e Intervención de los Factores Psicosociales y sus Efectos en la Población Trabajadora y sus Protocolos Específicos y se dictan otras disposiciones.
GUÍA TÉCNICA GTC 45 de 2012	Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.
GATISO	Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI- DLI- ED).
Código Sustantivo de Trabajo - Artículo 348 del el literal b) del artículo 30 del Decreto 614 de 1984 y el numeral 10 del artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989 - Ministerial en materia de salud ocupacional.	Establecer el estado de salud de los trabajadores al iniciar una labor, desempeñar un cargo o función determinada, se hace necesario en el desarrollo de la gestión para identificación y control del riesgo, practicar los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y de retiro, los cuales son a cargo y por cuenta del empleador.

4.5 Marco Metodológico de la investigación

El marco metodológico su principal característica es dar a conocer aquellos aspectos

aclaratorios y pertinentes de la investigación, dicho en otras palabras “La metodología es precisamente un conjunto de métodos que tienen por función adaptar los preceptos teóricos a la producción de los datos” (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005). De esta forma, el marco metodológico orienta a las investigadoras, acercándolas a su tema y población de estudio, debido que es en este marco que se eligen aspectos claves y coherentes tanto para el desarrollo como para el logro de la finalidad de la investigación.

La metodología a seguir cuenta con procedimientos que han sido seleccionados de forma metódica considerando todo lo relacionado en el estudio (formulación, justificación y descripción del problema, marco teórico y los objetivos), lineamientos pertinentes para la obtención de evidencias e información de aquello que se quiere investigar y conocer, en este sentido los aportes o comentarios de las líderes del hogar como son la madre provincial, las madres superiores de las nueve casas y personal en general que labora en el HDLP.

Siguiendo esta misma perspectiva el marco metodológico es fundamental dentro de los marcos de la investigación, debido que presenta la propuesta investigativa donde se abordan diversos componentes como lo es la perspectiva metodológica, el paradigma que rige la investigación, el tipo de estudio, se da a conocer la selección de la muestra y sus criterios, la técnica de producción de información y además las estrategias de análisis, es decir, las estrategias que dan respuesta a los objetivos (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005).

Bajo esta perspectiva se pretende analizar e interpretar los discursos a modo de enriquecer desde el propio lenguaje entregado por las madres y demás colaboradores lo referido condiciones de trabajo, riesgos, peligros detectados en los instrumentos levantados en el Hogar, teniendo esto en cuenta, nos basaremos en el cuidado como un mecanismo de protección personal, grupal y laboral; y que puede ser una herramienta útil para el planteamiento de las estrategias a usar en el

programa, pues es importante que el personal lo conozca, se familiarice y lo practique.

4.5.1 Paradigma

Se basa en un paradigma hermenéutico, el cual se entiende como “el acercamiento apropiado para el estudio de la acción humana” (Packer, 2010); desde este punto de vista se conocerá e interpretará a través de diálogos con la comunidad del hogar sobre las prácticas de cuidado se deben considerar al trabajar con una población de la tercera edad. Guiar la investigación desde el paradigma hermenéutico permitirá desde la postura de las investigadoras dar a conocer el sentido de vivencia del proceso de investigación y de cómo se percibirá a través de su lenguaje el cuidado dentro del Hogar

El paradigma hermenéutico se caracteriza por buscar la “comprensión e interpretación de los motivos internos y subjetivos de la acción humana (...) como los históricos, las posturas ideológicas, las motivaciones psicológicas, la cultura y el interés cognoscitivo o fin último, que mueve a la acción humana y que constituyen el objeto de estudio y la comprensión hermenéutica”. (Arráez, Calles, & Moreno, 2006). Estas consideraciones permitirán y facilitarán la comprensión a través del propio discurso de profesionales para llegar a la población del Hogar el significado que le atribuyen al cuidado y autocuidado en su desarrollo diario

Si bien la investigación se desarrollará bajo el paradigma hermenéutico permitiéndose el análisis de las actividades dentro del Hogar, la problematización se estructura y desarrolla bajo un enfoque interaccionista al comprender que las prácticas de cuidado dentro del hogar se configuran tras la interacción de las partes involucradas en contextos y escenarios, contemplando la comunicación y la negociación como elementos participes del trabajo. Esta distinción se hace preciso mencionar para que no se mal entienda y confunda el paradigma que guiará y orientará la investigación

4.5.2 Tipo de investigación

Se va aplicar la investigación descriptiva, ya que es necesario identificar la realidad laboral del HDLP, frente a las condiciones y calidad de vida de los colaboradores, los riesgos y peligros, los canales de comunicación existentes, estadísticas y descripción sociodemográfica del personal, consulta de fuentes bibliográficas y documentos relacionados al SG-SST y normatividad entre otros.

La investigación descriptiva, va ser muy importante en este proyecto ya que va ser necesario describir situaciones y hechos que se puedan observar y percibir en el hogar para complementar la recolección de información; partiendo de un proceso de reconocimiento y concientización de una problemática que se puede encontrar en el hogar por parte del “objeto” de investigación.

4.5.3 Población

La población que se va abordar en este proyecto de tesis pertenecen a la Congregación francesa llamada Hogar Hermanitas de los Pobres, las cuales tienen nueve casas (Bogotá cuenta con dos casas una en el centro de la Ciudad y otra en Chapinero, Tunja, Zipaquirá, Cali, Cartago, Tibú, Valledupar y Medellín), en Colombia, prestan un servicio de caridad a los ancianos más vulnerables del país.

4.5.4 Muestra

El Hogar Hermanitas de los pobres en Colombia cuenta con 169 colaboradores ubicados en las nueve casas que funcionan en el país, la muestra de población con la que se trabajara se está definida por el 30%, siendo representativa la cual está distribuida de la siguiente manera:

Tabla 6. Grupo de personas por casa que participaron encuesta virtual

Casa Hermanita de los pobres	Administrativa	Asistencial	Total
Bogotá Centro	3	34	37
Bogotá Chapinero	1	6	7
Tunja	1	3	4
Zipaquirá	1	3	4
Cartago	1	3	4
Medellin	1	5	6
Tibú	0	2	2
Valledupar	1	3	4
Cali	1	3	4
Total	10	62	72

4.5.5

Con base a dar cumplimiento al cumplimiento a los objetivos, se acudirá al método de acción participativa buscando producir conocimiento propositivo a través del acercamiento a la comunidad laboral del HDLP en espacios de construcción de saberes entre las diferentes personas que laboran en el mismo, observación participativa y entrevistas informales.

Se combinarán técnicas de recolección de información en concordancia con las posibilidades de acceso a la población en las casas y con el tipo de información a recolectar.

Tabla 7. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnica	Instrumento	Fuente	Espacio
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	Guía de entrevista	Persona asistencial y profesional del hogar y expertos de otras organizaciones.	Visitas institucionales Reuniones y entrevistas previamente concertadas con los actores.
MESA DE TRABAJO	Guía metodológica: Matriz de Desarrollo a Escala Humana	Congregación del hogar.	Encuentro programado
GRUPOS FOCALES	Guía metodológica	Pequeños grupos de personas del hogar (Máximo 6).	Reuniones concertadas con la madre superiora de acuerdo al cronograma.
ANÁLISIS DOCUMENTOS CONCEPTUALES E INSTITUCIONALES EN EL TEMA DE SG-SST.	Marco conceptual	Investigadores y autores diversos SG-SST Autocuidado	Hemeroteca - Centros de investigación, Biblioteca ECCI y bibliotecas institucionales - La internet Bases de datos de búsqueda específicas
ANÁLISIS DE CONTENIDO	Matriz analítica	Identificar los requisitos legales vigentes aplicables al Sistema – Norma,	Oficina de la madre superiora – ECCI – Líder SST.

Técnica	Instrumento	Fuente	Espacio
		Matriz de evaluación de identificación de peligros, Evaluación inicial, plan anual y programas o actividades realizadas en el HDLP	

La matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos es una herramienta de gestión que permite identificar los riesgos inherentes y asociados a las actividades que se realizar en el hogar, se construye con ayuda de la norma técnica GTC – 45 de 2012 (última edición) como instrumento para la recolección de información sistemática proveniente del proceso de identificación de peligros y valoración de riesgos.

Dicha matriz está compuesta por procesos, zona/lugar, actividades, tarea, rutinaria (si – no), peligro (descripción – clasificación), efectos posibles, controles existentes (fuente – medio – individuo), evaluación del riesgo (nivel de deficiencia – nivel de exposición – nivel de probabilidad – interpretación del nivel de probabilidad – nivel de consecuencia – nivel de riesgo), valoración del riesgo (aceptabilidad del riesgo), criterios para establecer controles (número de expuestos - peor consecuencia – existencia de requisito legal específico), medidas de intervención (eliminación – sustitución – controles de ingeniería – controles administrativos, señalización, advertencia – equipos, elementos de protección personal).

En la clasificación de los procesos, actividades y tareas se prepara una lista por cada proceso, considerando las etapas y las tareas específicas. Por otro lado, en la identificación de los peligros se hace una descripción y una clasificación de los peligros y se definen los efectos posibles que

puedan tener sobre la salud y la seguridad, para esto se tiene en cuenta el Anexo A de la GTC – 45 que se está usando como herramienta, allí se encuentra la descripción de los peligros biológicos, físicos, químicos, psicosociales, biomecánicos, condiciones de seguridad y efectos naturales; allí también se encuentran los niveles de daño a la salud y a la seguridad, clasificados como daño leve, daño moderado y daño extremo, que se detalla a continuación.

Se deben definir los controles existentes en la fuente, en el medio o en el individuo, además se deberán considerar los controles administrativos existentes. Y también la valoración y evaluación de los riesgos, se definen los criterios de aceptabilidad del riesgo y si son aceptables o no.

El nivel de deficiencia se establece para todos los riesgos de forma cualitativa y cuantitativa; y el nivel de exposición da una calificación según la exposición al peligro (continua, frecuente, ocasional o esporádica), el resultado de la multiplicación de los dos niveles anteriores se determina el nivel de probabilidad.

El nivel de consecuencia corresponde a determinar el resultado que pueda tener el ejercicio de una actividad teniendo en cuenta la consecuencia más grave que puede ser la muerte, muy grave que son lesiones irreparables, graves que son lesiones con incapacidad y las leves que son las lesiones que no requieren incapacidad.

El nivel de riesgo es el resultado de cruce del nivel de probabilidad con el nivel de consecuencia y quiere decir que su nivel es I si se encuentra entre 4000 y 600 y es un riesgo crítico, es II si está entre 500 y 150 y quiere decir que se puede corregir o controlar, es III si se ubica entre 120 y 40 y quiere decir que se puede mejorar; y es IV si es 20 y quiere decir que se deben mantener las medidas.

La aceptabilidad del riesgo está determinada por cada empresa, ella decide si define sus riesgos como aceptables o no, teniendo en cuenta el número de expuestos y la exposición a otros

peligros y/o grupos vulnerables.

Los controles y otras acciones complementarias son las que se deben tomar como resultado de la valoración de los riesgos, se identifican unas falencias que requieren un plan de acción y se establece en un cronograma de actividades para subsanar la falla.

4.5.6 Técnicas de análisis

La descripción de las técnicas de análisis se hará a través de las siguientes etapas:

- Recolección de información mediante las técnicas e instrumentos anteriormente mencionados.
- Digitalización de la información recopilada para organizarla de una manera clara, extrayendo de la normatividad vigente utilizada los requerimientos y aspectos que se deben considerar en relación al SG-SST.
- Análisis y tabulación cuantitativa de los datos obtenidos que arroje los resultados de la situación actual a nivel del SG-SST del hogar.

4.5.7 Fases

Para el logro de los objetivos propuestos se desarrollará un proceso metodológico que contempla las siguientes fases:

4.5.7.1 Fase 1: Planeación y desarrollo del proceso de recolección de información:

Para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos se llevarán a cabo las siguientes actividades en Hogar Hermanitas de los Pobres:

Semana uno: Sesiones de diagnóstico en instalaciones de Hermanitas de los Pobres para asesoría en actualización de matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.

Además, a través de la observación se logrará identificar al personal que apoya en oficios

varios riesgos que están presentes en su labor diaria y los elementos de protección personal que utilizan como botas plásticas, monogafas, tapa boca industrial, guantes, batas anti fluido, tapabocas y así mismo las herramientas y equipos necesarios para la atención de la persona mayor como sillas de ruedas, ayudas mecánicas para apoyar a estas personas en el baño y otras actividades que requieren su movilización.

Semana dos: Envió de documento base y matriz de identificación de peligros evaluación y valoración de riesgos de Hermanitas de los Pobres., al Sr. Carlos Puerto, responsable del SG-SST, para revisión, implementación y ajuste de matriz de peligros de los demás procesos que se realizan en las nueve casas.

Semana tres: Se valida la matriz de la casa principal (Bogotá) y la construcción de las matrices de las ocho casas construidas con apoyo de la ARL Local.

Definición de los ejes temáticos y analíticos en el marco del SG-SST.

Definición de documentos iniciales que se analizarán, autores relevantes para cada uno de los ejes temáticos y analíticos y elaboración de glosario de términos claves para la investigación con cada grupo.

Construcción de entrevista semiestructurada como instrumento a aplicar en el Hogar.

Guía técnica de los espacios vivenciales a implementar con el equipo de colaboradores del Hogar.

A continuación, se presenta el significado de cada una de las actividades a realizar en el proyecto:

Tabla 8: Significado – Recolección de información

Metodología

Localización de las fuentes bibliográficas sobre el tema SG-SST – Cultura autocuidado	<p>Se privilegian las entidades cuyos centros de documentación son más grandes o en las que se sabe existe producción específica sobre el tema.</p> <p>La prioridad se dirige principalmente a la Universidad ECCI, Universidades del orden nacional e internacional que producen conocimiento sobre el objeto de la investigación (sistematizaciones, estudios, reflexiones publicadas o publicables y páginas Web).</p> <p>Ministerio de trabajo (Normas).</p>
Criterios para la selección de documentos:	<p>Se parte del reconocimiento de la variedad de formas posibles para la generación de saberes sobre el tema.</p> <p>Estudios especializados a nivel internacional y nacional sobre el SG-SST con enfoque en autocuidado.</p> <p>Estudios diagnósticos sobre organizaciones que han implementados programas de autocuidado, estilos de vida saludables, calidad en la salud laboral y otros relacionados al bienestar del trabajador en su lugar de trabajo.</p> <p>Estudios o documentos cuyo objeto/sujeto de investigación es el ser humano desde la satisfacción de necesidades a nivel laboral.</p> <p>Documentos teóricos producto de la reflexión sistemática sobre el tema de autocuidado publicados en capítulos de libro o revistas.</p> <p>Con relación al tema de legislación, se consideraron solamente aquellos documentos con reflexiones sobre el tema del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (Legislación colombiana y guías del tema).</p>

Guías técnicas de los espacios vivenciales – Implementación mesa de trabajo (Observaciones, Grupos focales).	Las guías serán un documento que reflejara el paso a paso a desarrollar en el espacio de construcción desde la participación, el cual enuncia el objetivo, descripción, metodología a utilizar con técnicas a realizar y evaluación de resultados de la actividad teniendo en cuenta una preparación cuidadosa.
---	---

Consolidación de la información	
--	--

Sistematización de la información	Es el momento de organizar y ordenar la información recopilada desde la revisión documental, el acercamiento a la organización a través de los espacios de participación mesa de trabajo, grupos focales y entrevista semiestructurada.
--	---

Matrices de análisis	Nos permitirán cruzar datos de algunos de los factores, parámetros o características más relevantes para seleccionar el foco de las actividades que debe contener el sistema, las circunstancias del entorno y los recursos y capacidades del HDLP.
-----------------------------	---

Construcción colectiva del SG-SST y Programa	
---	--

Mesa de trabajo	Se realizará una mesa de trabajo desde la metodología de conversatorio, esta permitirá indagar lo que las hermanas entienden o conciben por calidad de vida y autocuidado en el marco del SG-SST.
------------------------	---

Observación participante	Se convertirá en una técnica que transversalmente se implementará en el HDLP, ya que esta va permitir obtener información de las situaciones y hechos que sucedan en determinado momento que se relacione con la calidad de vida del personal, prácticas de cuidado, Conflictos, comunicación entre otras teniendo una guía construida con antelación.
---------------------------------	--

Realizar grupos focales de flujo de información de doble vía.	Se convocará a 6 personas de las diferentes áreas de trabajo del HDLPE y se realiza una metodología guiada y orientada por el Facilitador de campo y se les solicitará a los participantes que expresen su opinión, actitudes, creencias, satisfacción y percepciones sobre el tema de autocuidado y calidad de vida laboral. Las sesiones durarán aproximadamente una hora y serán monitoreadas de cerca y se graban para observar posteriormente las reacciones voluntarias e involuntarias de los participantes.
Armonizar los resultados con los colaboradores	Es la etapa de socializar los resultados de lo obtenido desde la recolección de información documental y vivencial principalmente, con los diferentes grupos del HDLP, para obtener de ellos percepciones, opiniones, aportes, sugerencias que nos sirva para consolidar el documento en construcción (Circulo de la palabra).
Propuesta	Con los insumos objeto de la recolección de información, se diseña el Sistema SG-SST y se construye el Programa de Autocuidado teniendo en cuenta la información recolectada.
Evaluación	La evaluación en el diseño del SG-SST va a ser permanente desde el inicio hasta el cierre para estar atentos en el avance frente a los objetivos e hitos planteados, por si hay que hacer ajustes a los mismos.
Cierre	Entrega del documento final “Programa de Autocuidado”.

4.5.7.2 Fase 2: Construcción del diagnóstico o lectura de la realidad (recolección de información)

Después de un proceso de recolección tanto documental, bibliográfico, vivencial, de registros entre otros se cuenta se cuenta con documentación que permite generar una triangulación y análisis que permita construir un diagnóstico que evidencie las condiciones y procesos de trabajo

del HDLP y su entorno inmediato.

Se debe establecer Criterio de evaluación del SG-SST según estándares mínimos resolución 0312 del 2019: Criterio, identificando las prioridades para establecer el plan de trabajo anual o para la actualización del existente y fue realizada por el responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo o si fue contratada, por la empresa con personal externo con licencia en Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo. Después de tener definido el criterio general y el responsable, se debe considerar los criterios específicos que se evalúan inicialmente en el SG-SST existente en la organización o identificarlos para posteriormente construir el programa teniendo en cuenta los aspectos que por norma debe contemplar.

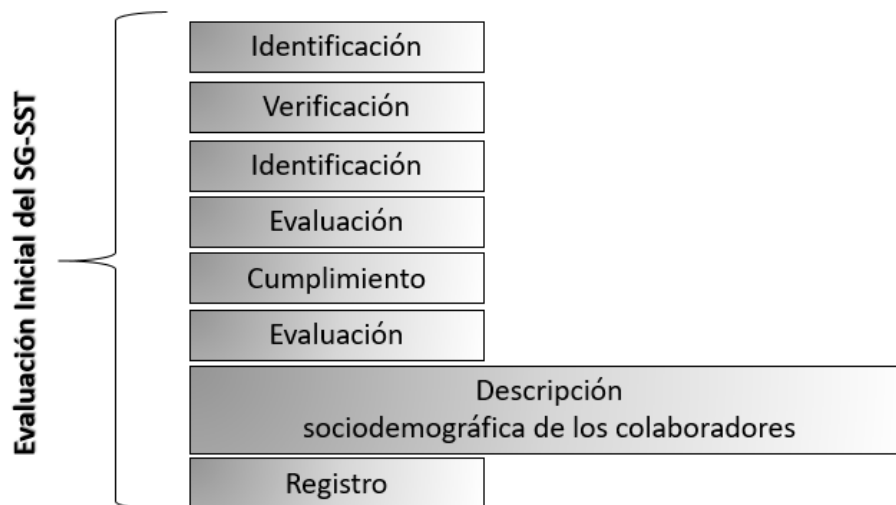


Figura 4. Características de la evaluación inicial

4.5.7.3 Fase 3: Análisis de información, revisión y reformulación de la matriz de riesgos

Esta fase es de vital importancia, pues tiene como objetivo la validación de la matriz de riesgo existente donde se han identificado los peligros, evaluación y valoración de riesgos existentes en los diferentes puestos de trabajo del Hogar de las Hermanitas de los Pobres, con la información

levantada para la elaboración del programa desde una mirada integral.

Para ello se utilizará la metodología que nos da la Guía Técnica Colombiana GTC – 45 de 2012, la cual establece los parámetros para el registro de la matriz, en donde se tienen en cuenta los procesos, áreas, actividades y tareas que realizan los colaboradores en el desarrollo de su trabajo en su jornada laboral, también ayuda a determinar si dicho trabajo es rutinario o no.

Además, se identifican los peligros a los cuales se encuentran expuestos los colaboradores, las medidas de intervención existentes y las que se pueden proponer en la fuente, medio e individuo para mitigar estos riesgos y se determina los posibles efectos y la peor consecuencia que puede traer la exposición a este riesgo dependiendo el número de trabajadores.

4.5.7.4 Fase 4: Construcción colectiva del Programa de Autocuidado

Una vez recogida y analizada la información requerida para la construcción del programa, se hará uso nuevamente de la participación activa del personal que labora en el HDLP, articulando los resultados y armonizándolos con el fin de validar y soportar la información obtenida, este proceso tendrá unos beneficios que a continuación se presentan:

Las personas involucradas no se sienten objetos, sino sujetos comprometidos con las soluciones de su organización.

Se genera libertad de expresión y no hay juzgamiento.

Conocen e identifican su entorno y situación laboral y todos se sienten importantes y tomados en cuenta.

Todos buscamos la gana - gana pues ellos buscan beneficios tanto individualmente como colectivo.

Es la posibilidad de que los participantes aporten iniciativas nuevas o iniciativas que no se han contemplado en el programa, es un espacio de interacción y retroalimentación que permite

la apertura de pensamiento hacia la calidad de vida laboral.

La armonización requiere de estrategias de motivación que dinamicen los espacios y que faciliten a los participantes aportar desde una mirada crítica y constructiva frente a la información recolectada y la propuesta construida (Programa de Autocuidado), pues son ellos los que tendrán la labor de avalar satisfactoriamente su propósito. Es así que se abrirán espacios de socialización, reflexión e interacción con tres grupos del HDLP, los grupos son: Representantes de la Congregación (Lideres), Administrativos y del área asistencial.

4.5.8 Cronograma

En este aparte se presenta un resumen del cronograma, en el Anexo 5 el cronograma ampliado, donde podrá evidenciar el detalle tanto de las actividades de acuerdo a los objetivos planteados, los resultados esperados y el tiempo proyectado.

Tabla 9. Cronograma

Fases	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Fase 1. Planeación y desarrollo del proceso de recolección de información				
Fase 2. Construcción de la lectura de la realidad. (Diagnostico)				
Fase 3: Análisis de información y Revisión y reformulación de la matriz de riesgos				
Fase 4: Construcción colectiva del Programa de Autocuidado.				

4.5.9 Análisis de la información

Este proyecto fue construido de tal forma que permitiera interactuar con la comunidad laboral

del Hogar Hermanitas de los Pobres, por lo que se propuso implementar varios instrumentos como los grupos focales, observación directa y espacios de círculos de la palabra; pero se presentó en el mundo entero un virus llamado Coronavirus COVID 19 que obligo a los mandatarios a generar estrategias de aislamiento social para minimizar su propagación en Colombia por medio del Decreto 417 de 17 de marzo del 2020. Por el cual el presidente de la Republica de Colombia Dr. Iván Duque declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.

A consecuencia de lo anterior, se replantearon las técnicas e instrumentos a aplicar para la fase de construcción colectiva, teniendo en cuenta las circunstancias en el que se encuentra el país y las sugerencias de las madres superiores de cada una de las casas (Nueve), por lo que se generó un plan de contingencias que se describe a continuación:

Tabla 10. Plan de Contingencia

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA CONTIGENCIA	MEDIOS
Localización de las fuentes bibliográficas sobre el tema SG-SST – Cultura autocuidado	Se realiza una consulta a las páginas web de entidades competentes en salud, bienestar y seguridad, Universidad ECCI, Universidades del orden nacional e internacional que producen conocimiento sobre el objeto de la investigación Ministerio de trabajo (Normas).	Página web
Construcción de guías técnicas de los espacios vivenciales.	Las guías se construyen de tal de tal forma que al aplicarlas fueran fáciles para implementarlas por las madres o líderes de procesos, estas guías tenían unas instrucciones, objetivos y metodología a realizar con	Internet – Correo

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA CONTIGENCIA	MEDIOS
	sus respectivos resultados.	
Sistematización de la información	Se organizó y ordeno la información recopilada desde la revisión documental, el acercamiento a la organización a través de los espacios de participación mesa de trabajo, grupos focales y entrevista semiestructurada.	Virtual
Construcción colectiva del SG-SST y programa		
Conversatorio	Se realizó acompañamiento a la madre superiora para la puesta en marcha del conversatorio el cual se llamó “Hablemos un rato” donde el compromiso de la congregación del HDLP era participar activamente, teniendo en cuenta los protocolos previstos en el Decreto 417 de 2020. (Ver anexo 2)	Videoconferencia
Realizar una encuesta virtual	Cada madre superiora apoyará en la aplicación de las encuestas virtuales, se realizará un cronograma de acuerdo a los tiempos de disponibilidad de los colaboradores, también teniendo que el tiempo en cada casa varía de acuerdo a las múltiples ocupaciones que tienen. (Ver anexos 3)	Video conferencia Zoom
Armonizar los resultados con los colaboradores	Se realizara la socialización por medios virtuales donde las madres superioresas o los representantes de COPASST, Comité de convivencia, líder del SST o hermanas apoyaran este proceso desde cada una de las casas.	Video conferencia Skype

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA CONTIGENCIA	MEDIOS
Propuesta	Con los insumos objeto de la recolección de información, se diseña se construye el Programa de Autocuidado teniendo en cuenta la información recolectada.	Documento físico y virtual
Evaluación	La evaluación en el diseño del programa va a ser permanente desde el inicio hasta el cierre para estar atentos en el avance frente a los objetivos e hitos planteados, por si hay que hacer ajustes a los mismos.	Documento físico y virtual
Cierre	Entrega del documento final “Programa de Autocuidado” a la Universidad ECCI y previo a su aprobación se entrega a la Madre Provincial.	Documento físico y virtual

5 Resultados

La presentación de resultados consistirá en la exposición de evidencias que hicieron parte del proceso de recolección de información tales como el análisis de la matriz de identificación de peligros y valoración del riesgo, evaluación inicial y la construcción colectiva con las técnicas previstas en el plan de contingencias avalado por la madre Provincial y madre superiora. No antes de mencionar la importancia que tuvo el marco teórico y legal para la construcción del programa; donde en la indagación de elementos teóricos se pudo evidenciar un sin número de posturas de investigadores que amplió en las investigadoras la importancia que tiene el autocuidado en las organizaciones y dio elementos para construir el programa con bases sustentadas de autores con experticia en el tema.

Qué decir del marco legal, este es amplio, rico y ambicioso a nivel internacional y nacional; se refiere a ambicioso en el sentido que busca que el empleador garantice las medidas de autocuidado para sus trabajadores, que no se quede en un papel, que cumpla con la norma a costa de que si no lo hace tendrá sanciones y lo que es más delicado que sus trabajadores no tengan mejor calidad de vida, lo que implica que es una oportunidad que va permitir que el programa se implemente en el hogar y se cumplan con los objetivos propuestos en el mismo.

El Estado del arte, permitió que se profundizara más sobre el tema de autocuidado, ya que en el proceso de la consulta se pudo observar diversas investigaciones desde diferentes abordajes y metodologías de acuerdo a los enfoques dados por los autores, pero el artículo *Managing for health and safety* que referencia que la “Gestión de la Salud y la Seguridad” de la QHSE, “el éxito de cualquier proceso o sistema a implementar, depende de las actitudes y comportamientos de las personas en la organización (lo que a veces se denomina la "cultura de seguridad") (Health and Safety Executive, 2013)” es pertinente y se tiene en cuenta en la implementación del

programa “Ética del Cuidado” ya que será la clave del éxito, porque del compromiso de la congregación y la actitud de los colaboradores depende que las acciones y actividades proyectadas se realicen de manera oportuna, efectiva y que se generen en ellos confianza y reconocimiento frente al programa.

5.1 Matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos (IPVR)

Con el fin de dar cumplimiento al *primer objetivo específico*, se realizó la matriz IPVR con la cual se busca identificar información importante que de línea para construir el Programa de Autocuidado desde las necesidades detectadas y validadas”

Para la elaboración de la matriz de identificación de peligros y valoración del riesgo, se utilizó la metodología expuesta de la Guía Técnica Colombiana GTC 45 de 2012. En el momento de evaluar los riesgos identificados, se tuvo en cuenta la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y las consecuencias que puede desencadenar dicha ocurrencia, para evaluar el nivel del riesgo se determinó el nivel de probabilidad y el nivel de consecuencia, (Como lo establece el numeral 3.2.5.2 Evaluación de los riesgos de la norma GTC 45 segunda actualización).

En el **Anexo 6 Excel**, se encuentran las matrices de los peligros identificados en cada una de las nueve casas existentes, donde se puede evidenciar las recomendaciones para cada peligro identificado en los procesos existentes en el Hogar Hermanitas de los Pobres (HDLP) de acuerdo a la posibilidad de eliminarlo, sustituirlo, implementar los controles que se demanden.

En la identificación de peligros, se tuvo en cuenta 7 áreas en cada una de las casas, las cuales son: administrativa, salud (auxiliares, fisioterapeutas y enfermeras), lavandería, plancha, cocina, mantenimiento y transporte

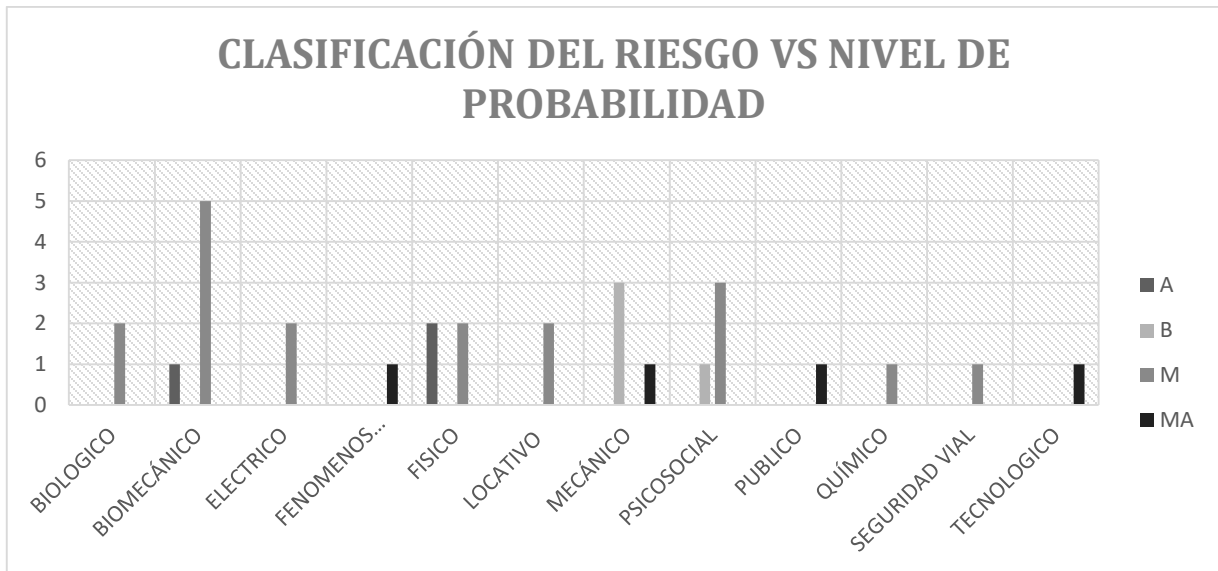
A partir de estas matrices por casa, se priorizaron los riesgos de la organización por clasificación de peligros y probabilidad de ocurrencia (MA – muy alto, A – alto, M – medio y B

– bajo) tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 11. Priorización de riesgos de acuerdo a las matrices IPVR

CLASIFICACION	DESCRIPCION	NIVEL DE PROBABILIDAD
PUBLICO	Desplazamiento por la ciudad, actividades propias de su trabajo	MA
MECÁNICO	Manejo y manipulación de herramientas manuales y maquinas del área	MA
FENOMENOS NATURALES	Fenómenos naturales	MA
TECNOLOGICO	Incendio	MA
FISICO	Ruido generado por maquinas	A
BIOMECÁNICO	Movimientos repetitivos	A
FISICO	Contacto con temperaturas extremas	A
LOCATIVO	Caídas a nivel durante desplazamientos por las instalaciones	M
ELECTRICO	Contactos eléctricos directos con cableado de equipos	M
FISICO	Iluminación, lámparas, luz solar, luminarias	M
FISICO	Uso de monitores de computador (Radiación No Ionizante)	M
BIOMECÁNICO	Postura sedente. Posturas inadecuadas por periodos prolongados, diseño de puesto de trabajo.	M
BIOMECÁNICO	Movimientos repetitivos trabajo con video terminales	M
PSICOSOCIAL	Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.).	M
PSICOSOCIAL	Características de la organización del trabajo	M
SEGURIDAD VIAL	Transporte en vehículos de la entidad y/o públicos	M
LOCATIVO	Caídas a nivel durante desplazamientos por las instalaciones	M
ELECTRICO	Contactos eléctricos directos con cableado de equipos	M
QUÍMICO	Polvo (Material Particulado)	M
BIOLOGICO	Contacto accidental con fluidos corporales y/o residuos de alimentos	M
PSICOSOCIAL	Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.).	M
BIOLOGICO	Contacto accidental con fluidos corporales y/o residuos de alimentos	M

CLASIFICACION	DESCRIPCION	NIVEL DE PROBABILIDAD
MECÁNICO	Manejo y manipulación de herramientas manuales de oficina como cosedoras, perforadoras etc.	B
PSICOSOCIAL	Características del grupo social del trabajo/trabajo en equipo	B
MECÁNICO	Manejo y manipulación de herramientas manuales y maquinas del área	B
MECÁNICO	Manejo y manipulación de herramientas manuales de vehículo	B



Gráfica 1. Priorización de Riesgos

Dada la tabla 11 y la gráfica 1, se evidencia que en general en las 9 casas, los riesgos a priorizar son los de tipo: biomecánico, mecánico, psicosocial y locativos; estos riesgos se evidencian principalmente en las áreas de salud, mantenimiento y lavandería, esto ocurre porque estas áreas son las que en general tienen un contacto constante con las actividades específicas de manejo y atención a los adultos mayores, las cuales representan su movilización, su trato, su limpieza, entre otras.

5.2 Evaluación Inicial

La evaluación inicial se realizó mediante la aplicación de la lista de chequeo bajo los

estándares mínimos de la resolución 0312 de 2019 proporcionada por la ARL Sura (Anexo 7).

Esta evaluación inicial incluyó los siguientes ítems:

Normatividad vigente respecto al riesgo, estándares mínimos aplicables

Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos, actividad que se debe realizar mínimo una vez al año, o cuando las condiciones laborales cambien de forma permanente, cambios de procesos, instalaciones físicas, equipos, entre otras.

Identificación de amenazas y evaluación de vulnerabilidad de la Asociación, se debe hacer mínimo anualmente.

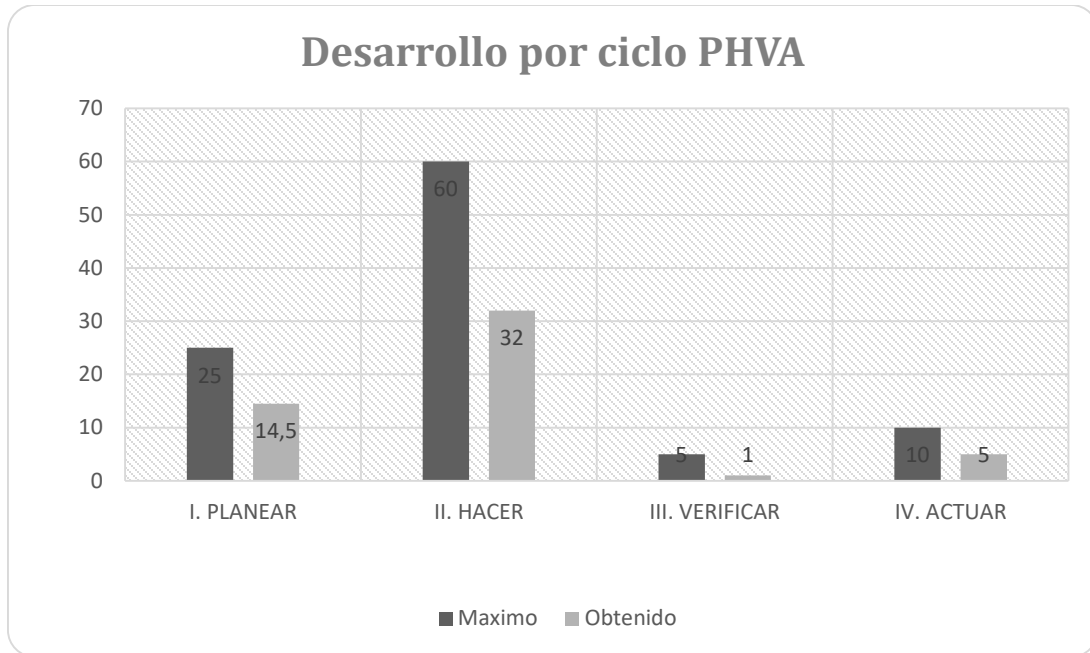
Control de peligros, riesgos y amenazas, reportes de incidencias de los empleados, se debe hacer mínimo anualmente.

Existencia del programa anual de capacitación y su cumplimiento, evidencia de la inducción y reinducción

Programa de vigilancia epidemiológica de los trabajadores, y evaluación de los puestos de trabajo.

Existencia del proceso de los exámenes de ingreso, periódicos, egresos, descripción sociodemográfica y caracterización de las condiciones de salud de los colaboradores, al igual que la enfermedades laborales o generales y accidentes laborales.

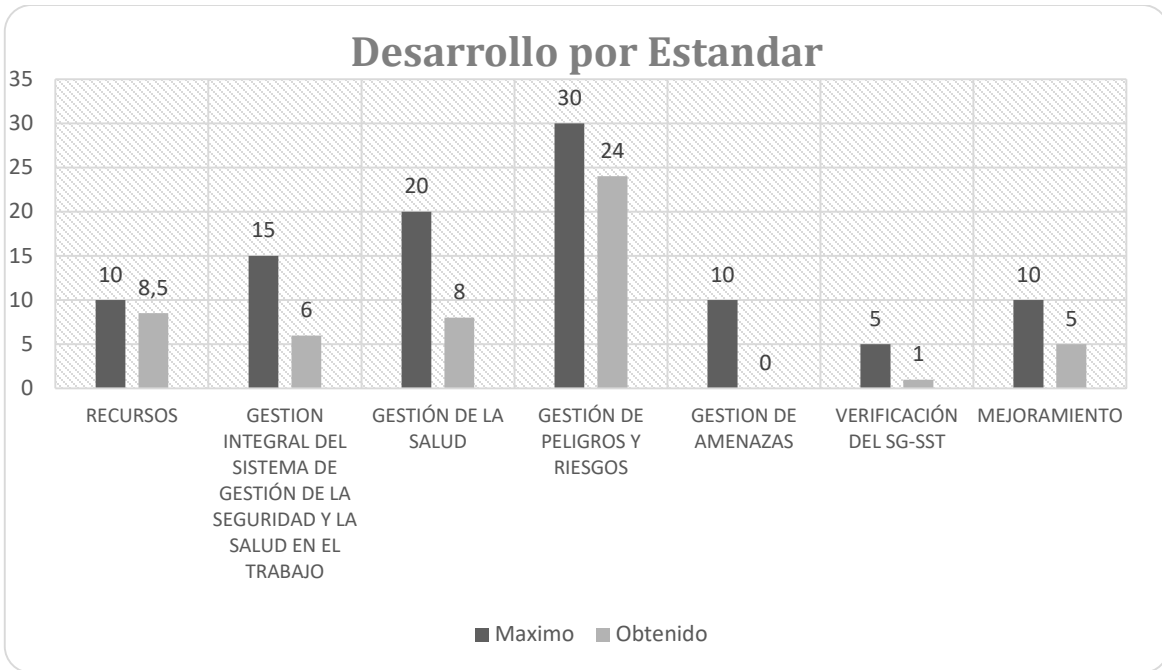
Seguimiento a los indicadores establecidos en el SG-SST, del periodo anterior.



Gráfica 2. Evaluación inicial por ciclo PHVA

El Hogar las Hermanitas de los Pobres, se encuentra en un nivel de cumplimiento de los estándares mínimos del 52,5%, es necesario que las directivas del hogar generen un compromiso prioritario en cuanto al diseño e implementación del SG-SST basado en el ciclo PHVA y que incluya la actualización de la política, organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y acciones de mejora del sistema de gestión.

Dentro de las actividades enmarcadas en el ciclo PHVA a priorizar, se debe trabajar inicialmente en las del Ítem II. Hacer, puesto que del 60% que tienen de representación dentro del sistema solo se tiene cumplimiento del 32% tal como se evidencia en la Gráfica 2.



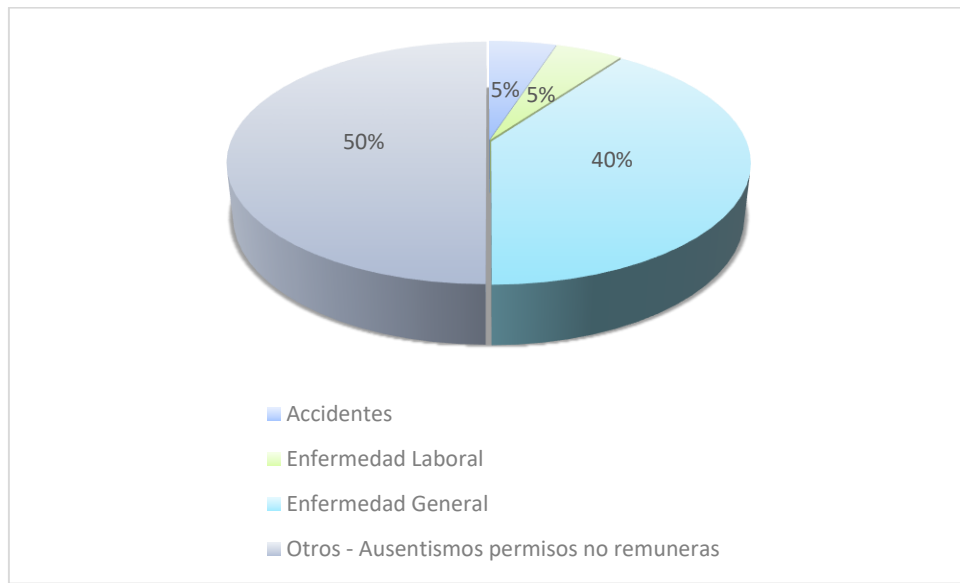
Gráfica 3. Evaluación inicial por Estándar

Conforme a la Gráfica 3, se evidencia que las actividades en las que se debe trabajar son las relacionadas a los estándares de: Gestión Integral del sistema de la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión de la salud y Gestión de amenazas.

Dado esto, es necesario diseñar un programa de autocuidado que se enfoque en el desarrollo de actividades que garanticen la gestión de la Salud y de amenazas a los colaboradores de la organización.

Tabla 12. Consolidado de Ausentismos Laborales

Periodo Causas	2018	2019	Primer semestre 2020
Accidentes	1	0	0
Enfermedad Laboral	1	2	2
Enfermedad General	8	3	9
Otros - Ausentismos permisos no remunerados	10	3	14



Gráfica 4. Ausentismos por periodos

La grafica 4 y la tabla 12 permite evidenciar que en el Hogar Hermanitas de los pobres el nivel de accidental es mínimo solo un accidente se ha presentado entre los periodos analizados, lo mismo se evidencia en las enfermedades laborales que se han presentado registra el 5% en todas las casas, la enfermedad general tiene un 40% y los permisos de índole personal tiene un 50%.

Es importante tener en cuenta que, en el primer periodo del 2020, la enfermedad general y los permisos de índole personal aumentaron, pero esto se puede justificar por el tiempo de cuarentena que se encuentra el país por el Coronavirus – COVID 19, ya que estas circunstancias han generado demasiado estrés y descontrol tanto social como familiar de allí los permisos utilizados.

5.2.1 Construcción Colectiva

El segundo objetivo era “Realizar una lectura de la realidad sobre la congregación el Hogar Hermanitas de los pobres identificando los problemas de autocuidado que presentan en los colaboradores del mismo a través de la aplicación de técnicas de recolección de información.

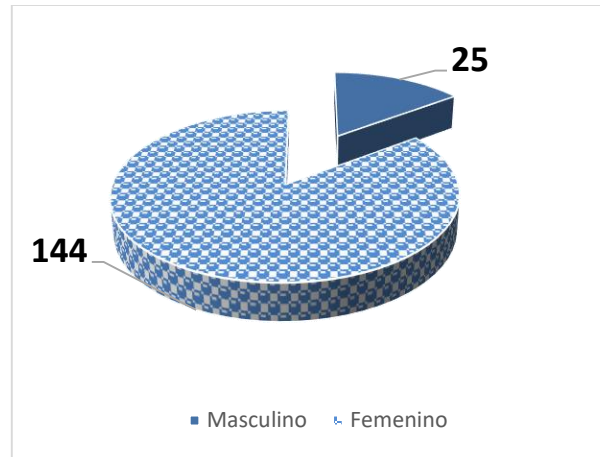
Consecuentes con el objetivo a cumplir se realizó inicialmente una descripción de las condiciones sociodemográficas de las nueve casas (196 Colaboradores), obteniendo los siguientes resultados:

5.3 Presentación de resultados

La presentación de resultados consistirá en la exposición de evidencias que hicieron parte del proceso de recolección de información tales como los resúmenes analíticos, análisis de la matriz evaluación inicial y la construcción colectiva con las técnicas como encuesta y el conversatorio con la congregación encargada del hogar, haciendo uso de un medio virtual.

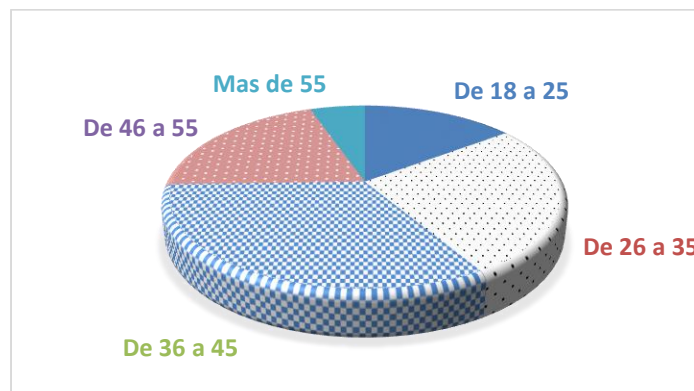
5.4 Condiciones sociodemográficas

El perfil o caracterización de la población que labora en las casas del Hogar hermanitas de los Pobres, incluye el género que predomina en las mismas, grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato, personas a cargo y tiempo de vinculación en el hogar.



Gráfica 5. Género

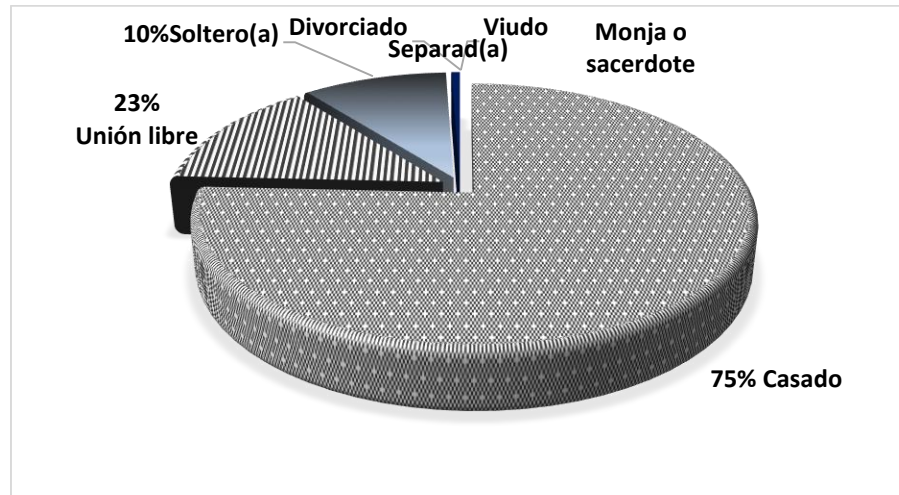
La grafica 5 evidencia que el 95% de los colaboradores del HDL son mujeres, en relación a que el 15% que son hombres, en la gráfica 2 frente a las edades de los mismos se puede evidenciar que el 33.13% (56 personas) tienen entre 36 a 45 años seguido con un porcentaje representativo 27% o sea (45 personas) se encuentran entre los 46 a 55 años y el 20% se encuentran entre los 46 y 55 años de edad.



Gráfica 6. Edad

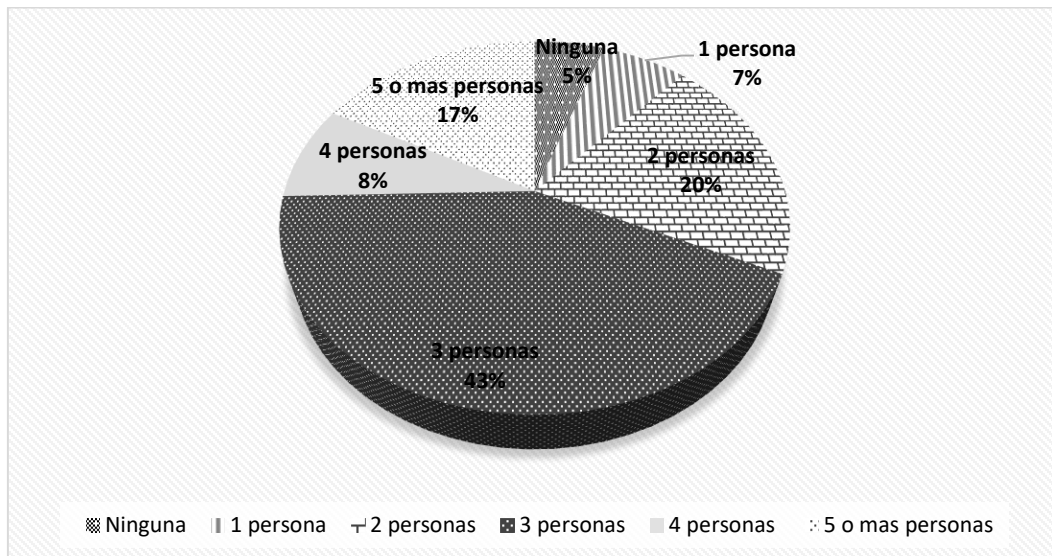
Se evidencia en la gráfica 6 que el 48% de colaboradores del Hogar Hermanitas de los pobres tienen entre 36 a 45 años y el porcentaje que le sigue es el 24% donde representa las edades de 26 a 35 años. Hay porcentaje menos representativo es de 8% de colaboradores vinculadas de más de 55 años.

El 100% del personal que se encuentra vinculado al hogar tiene un contrato por tiempo indefinido, la gráfica 3 muestra que hay un 57% que llevan trabajando en la congregación por muchos años (de 9 a 15 años) y un 38% que también es alto llevan de 4 a 8 años.



Gráfica 7. Estado Civil

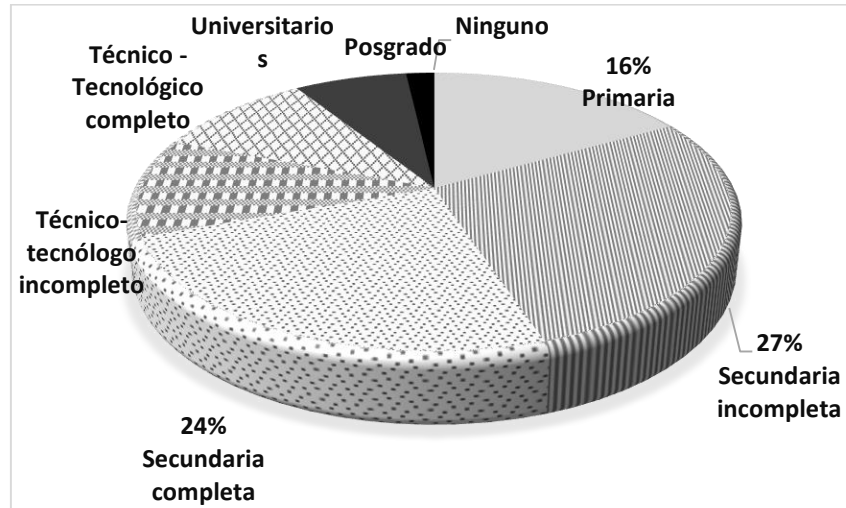
Gráfica 7. El estado civil de los colaboradores del HDLP, el 75% son casados, el 23% tienen unión libre, el 10% son solteros y el 1% es separado.



Gráfica 8. Personas a cargo

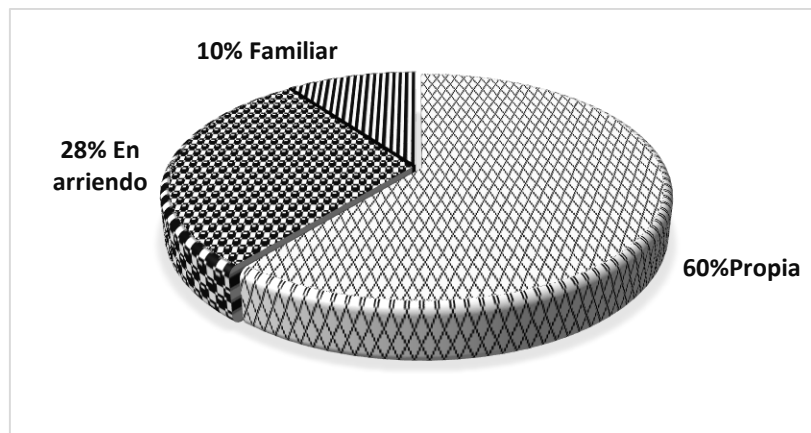
Como se muestra en la gráfica 8 el 43% del personal que labora en el hogar tiene a cargo 3

personas, el 20% tiene dos personas y el 17% tiene a su cargo a más de 5 personas.



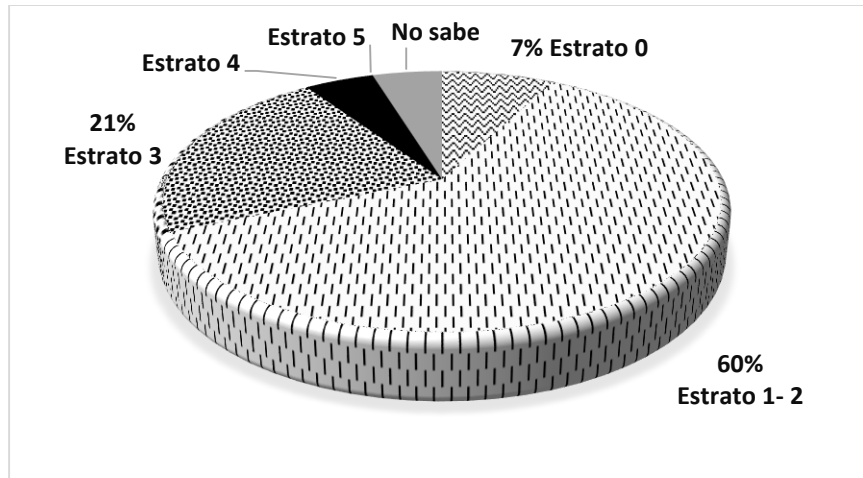
Gráfica 9. Nivel de estudios

En la Grafica 9 se evidencia que el 27% de las personas no alcanzaron a terminar su secundaria el 24% cuenta con la secundaria completa y el 16% solo tiene primaria, los niveles de estudio técnico y tecnológico tiene dos variables incompleto (11%) y completo el (10%).



Gráfica 10. Tipo de vivienda

Grafica 10. En relación con el tipo de vivienda, se encuentra con que el 60% de los trabajadores expresaron que cuentan con casa propia, el 28% viven en arriendo y un 10% viven en vivienda familiar.



Gráfica 11. Estrato Socioeconómico

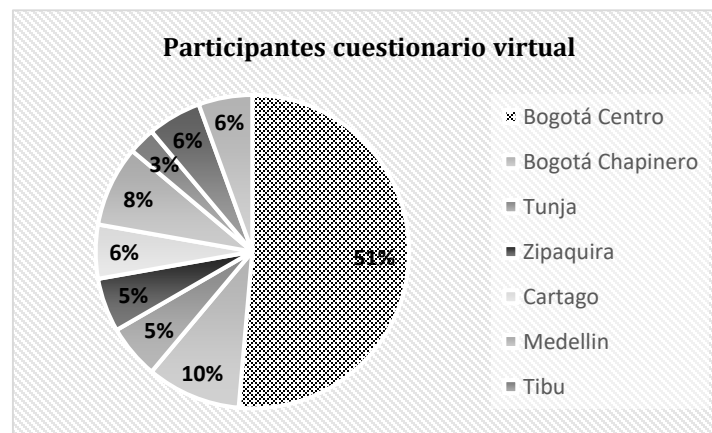
Gráfica 11. Adicional al tipo de vivienda, se evidencio que el 60% de los colaboradores actualmente vive en estrato 1-2, y el 21% estrato vive en estrato 3 y el 7% está viviendo en el estrato 0.

Se desarrolló un proceso de recolección de información de manera virtual donde fueron pieza clave las madres superiores de cada casa, ellas con acompañamiento permanente coadyuvaron a gestionar al interior de las nueve casas el cuestionario aplicado a 72 colaboradores (42.60%) para lograr la consecución de elementos valiosos y pertinentes para construir el Programa de Autocuidado desde un enfoque en Seguridad y Salud en el trabajo el cual era el propósito central de la tesis.

El conversatorio permitió evidenciar como es la dinámica interna del hogar, estableciendo sus prioridades en materia de administración, salud, seguridad y desarrollo del personal; reconocer los aspectos relevantes en la definición de políticas, e identificar la estructura y organización de la empresa, en especial del cómo funcionan desde una estructura horizontal donde todas las madres se ponen camiseta en cualquier puesto de trabajo sin importar su posición en el hogar.

Tabla 13. Muestra de población de cuestionario virtual

Cuestionario Virtual	
CASA	MUESTRA
Bogotá Centro	37
Bogotá Chapinero	7
Tunja	4
Zipaquirá	4
Cartago	4
Medellín	6
Tibú	2
Valledupar	4
Cali	4
Total	72



Gráfica 12. Muestra de la población participantes en encuesta virtual

La inducción del cuestionario virtual (Encuesta) aplicado en los hogares de la congregación, se realizó vía internet por Zoom, donde participaron las nueve madres superiores y siete personas de apoyo administrativo, se realizó inicialmente una introducción general sobre el objetivo de esta actividad y se desarrolló una sesión de preguntas orientadoras sobre el SG-SST, para saber si tenían conocimiento de este tema.

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de la información de acuerdo a las

contingencias previstas, se procedió a analizar los resultados obtenidos en cada una de las actividades desarrolladas; realizando un cruce o triangulación importante para lograr evidenciar elementos pertinentes que sirvan para alimentar o sustentar el programa a construir.

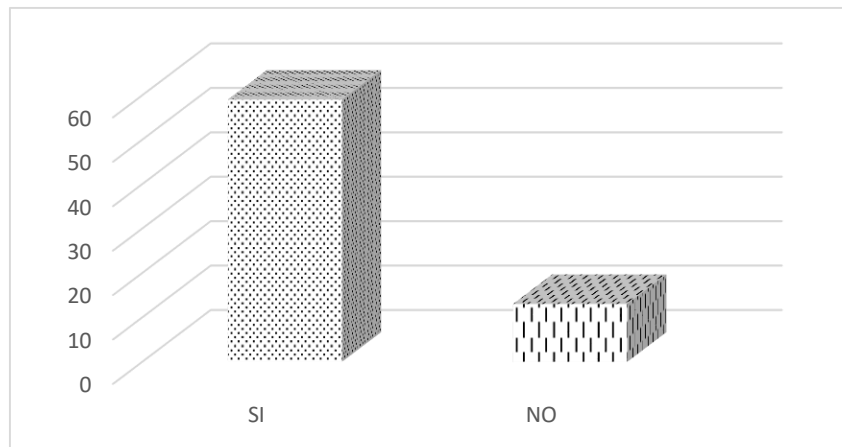
5.5 Resultados Encuesta Virtual

El cuestionario se construyó teniendo en cuenta variables tales como condiciones de seguridad, condiciones de trabajo y condiciones psicosociales, se estructuró con 28 preguntas (Anexo 3) con las siguientes escalas:

1. Totalmente de acuerdo
2. Parcialmente de acuerdo
3. En desacuerdo
4. No Aplica (N/A)

Como preámbulo al cuestionario se indaga sobre:

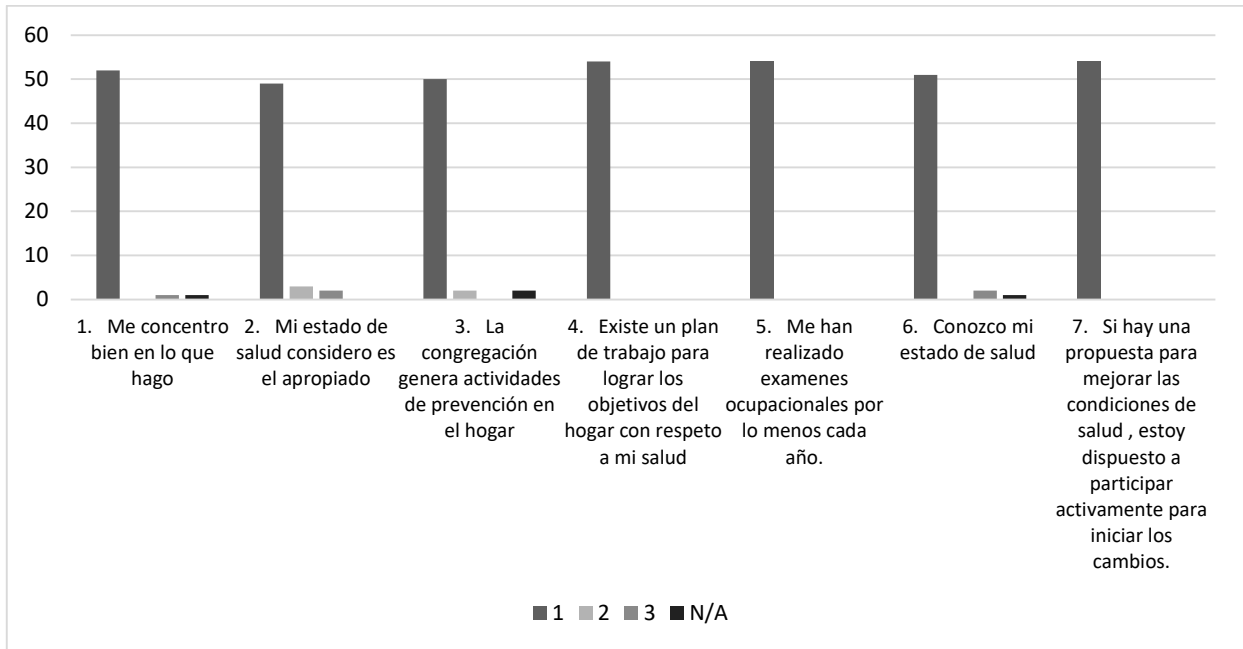
¿Conoce usted acerca de la normatividad colombiana que hace referencia a la SG-SST?



Gráfica 13. Conocimiento del SG-SST

Como lo muestra la gráfica 13, de las 72 personas que dieron respuesta al cuestionario Virtual el 81% tienen conocimiento del SG-SST y el 18% manifiestan que no saben que es el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Frente a la encuesta virtual realizada a los 72 colaboradores de las nueve casas, los resultados arrojados fueron los siguientes, en la escala de condiciones de Salud:



Gráfica 14. Condiciones de Salud

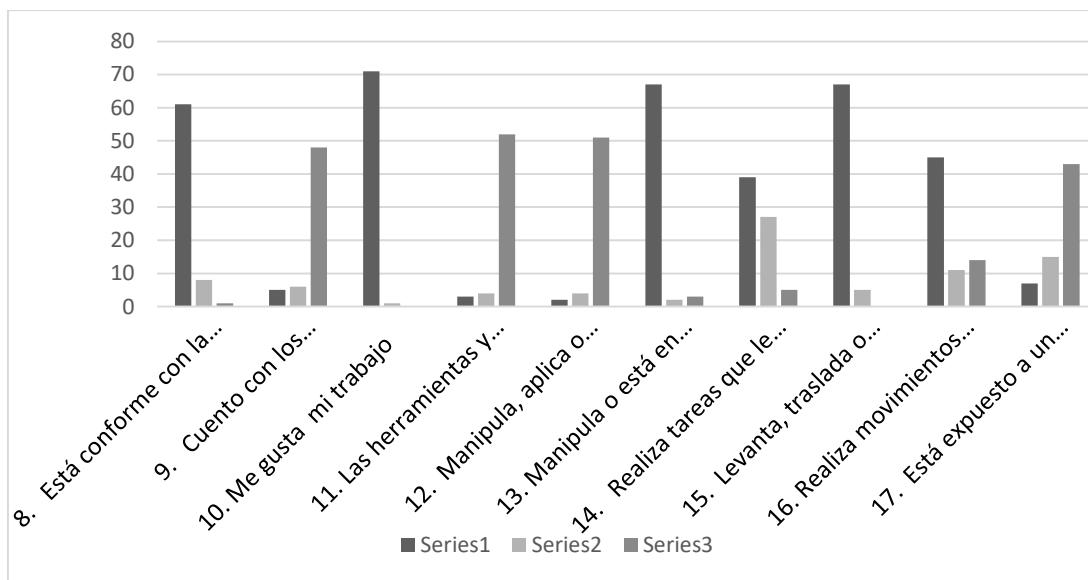
Tabla 13. Condiciones de seguridad

Preguntas	1	2	3	N/A
1. Me concentro bien en lo que hago	53	8	7	4
2. Mi estado de salud considero es el apropiado	67	3	2	0
3. La congregación genera actividades de prevención en el hogar	65	4	1	2
4. Existe un plan de trabajo para lograr los objetivos del hogar con respeto a mi salud	66	4	2	0
5. Me han realizado exámenes ocupacionales por lo menos cada año.	72	0	0	0
6. Conozco mi estado de salud	68	1	2	1

Preguntas	1	2	3	N/A
7. Si hay una propuesta para mejorar las condiciones de salud, estoy dispuesto a participar activamente para iniciar los cambios.	72	0	0	0

En la tabla 14 y grafica 14 se muestra que el 51% del personal manifiesta que le han realizado exámenes ocupacionales y que estaría dispuesto a participar activamente en propuestas para mejorar sus condiciones de salud, se evidencia que la congregación está pendiente de cumplir con el estado de la salud de su gente de acuerdo a lo que exige el SG-SST.

En la escala de condiciones de trabajo se realizaron diez preguntas fáciles de contestar y sus resultados fueron los siguientes.



Gráfica 15. Condiciones de Trabajo

Tabla 15. Condiciones de trabajo

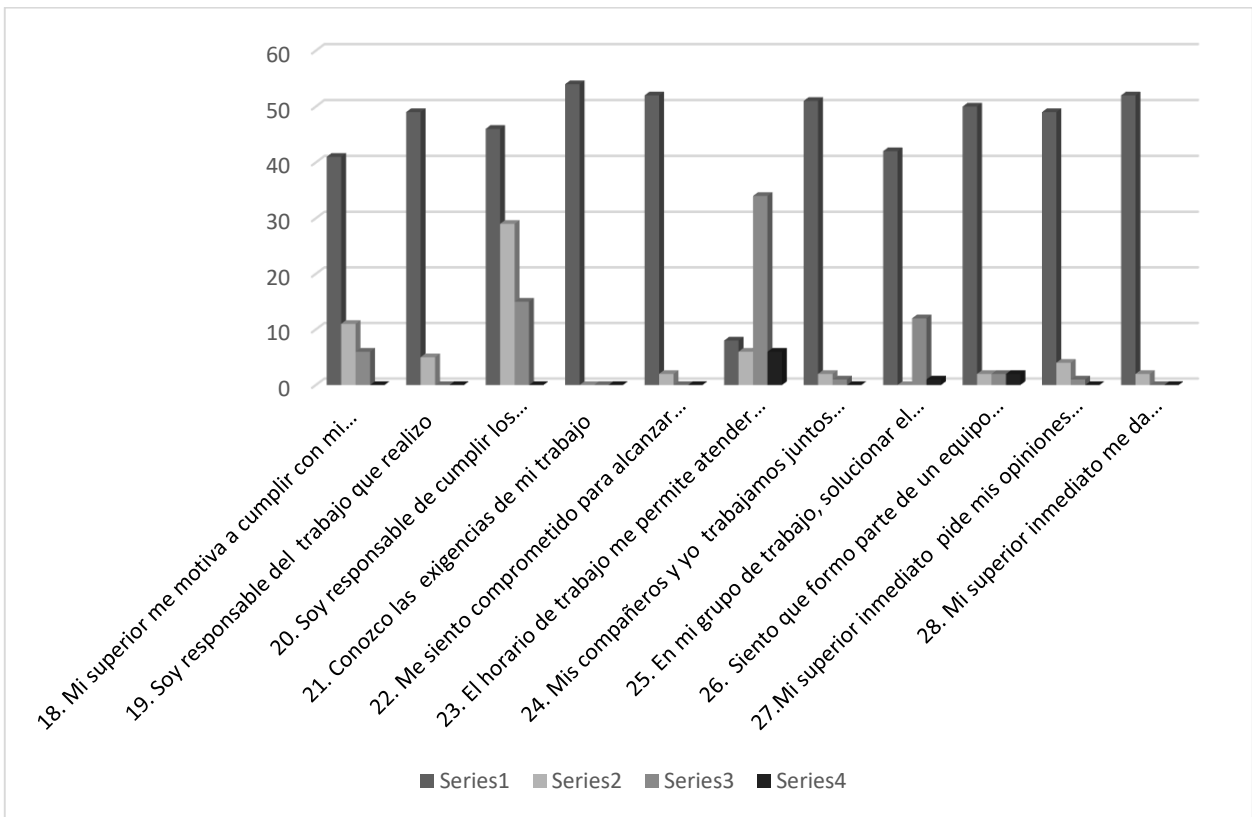
PREGUNTAS	1	2	3	N/A
8. Está conforme con la limpieza, higiene y salubridad en su lugar de trabajo	61	8	1	2
9. Cuento con los materiales y equipos necesarios para realizar mi trabajo	5	6	48	13
10. Me gusta mi trabajo	71	1	0	0
11. Las herramientas y equipos que utilizo (computador, teléfono, etc.) son mantenidos en forma adecuada.	3	4	52	13
12. Manipula, aplica o está en contacto con sustancias químicas nocivas/tóxicas?	2	4	51	13
13. Manipula o está en contacto con personas que pueden estar infectados?	67	2	3	0
14. Realiza tareas que le obligan a mantener posturas incómodas?	39	27	5	0
15. Levanta, ¿traslada o arrastra cargas, personas, animales u otros objetos pesados?	67	5	0	0
16. Realiza movimientos repetitivos, casi idénticos con los dedos, manos o brazos.	45	11	14	2
17. Está expuesto a un nivel de ruido que le obliga a elevar la voz para conversar con otra persona?	7	15	43	7

Como no lo muestra el tabla 15, de 72 personas encuestas 71 manifiestan que les gusta su trabajo, el 72% responden que manipulan o están en contacto con personas que pueden estar infectados, esto se debe a que el objetivo principal de todo el personal que labora en el HDLP es

la atención a las personas mayores 67% (Levanta trasladada o arrastra cargas) y el contacto con ellos es permanente, además los movimientos repetitivos marcan un 48% (Riesgo ergonómico):

Se evidencia claramente que tienen mínima manipulación de sustancias químicas .

Dos elementos que se evidencian en los resultados es que el 72% manifiesta que las herramientas y equipos que utilizo (computador, teléfono, etc.) no son mantenidos en forma adecuada y el 64% no cuenta con los materiales y equipos necesarios para realizar el trabajo.



Gráfica 16. Condiciones psicosociales

Tabla 14. Condiciones psicosociales

PREGUNTAS	1	2	3	N/A
18. Mi superior me motiva a cumplir con mi trabajo de la manera que yo considere mejor	51	15	6	0

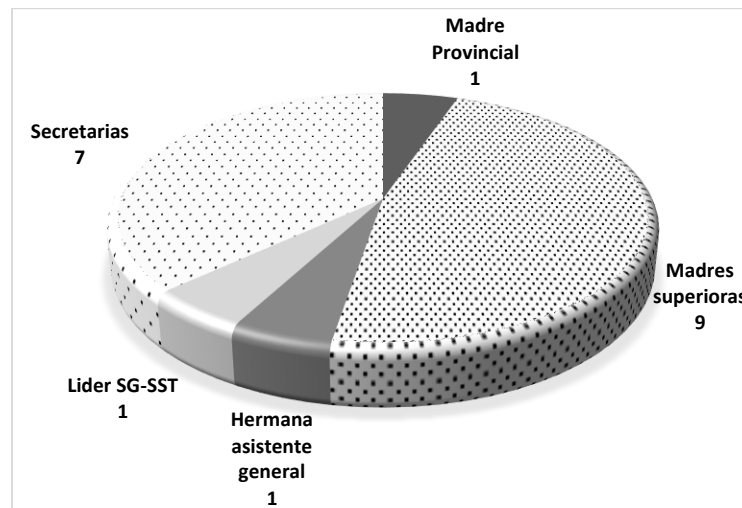
PREGUNTAS	1	2	3	N/A
19. Soy responsable del trabajo que realizo	57	15	0	0
20. Soy responsable de cumplir los estándares de desempeño y/o rendimiento	46	20	5	1
21. Conozco las exigencias de mi trabajo	72	0	0	0
22. Me siento comprometido para alcanzar las metas establecidas del hogar	69	3	0	0
23. El horario de trabajo me permite atender mis necesidades personales	8	17	38	9
24. Mis compañeros y yo trabajamos juntos de manera efectiva.	51	12	9	0
25. En mi grupo de trabajo, solucionar el problema es más importante que encontrar algún culpable.	58	2	12	1
26. Siento que formo parte de un equipo que trabaja hacia una meta común.	63	5	4	2
27. Mi superior inmediato pide mis opiniones para ayudarlo a tomar decisiones.	49	14	9	0
28. Mi superior inmediato me da retroalimentación tanto positiva como negativa sobre el desempeño de mi trabajo.	68	4	0	0

Frente a las condiciones psicosociales los resultados arrojan que el 100% del personal que diligencio el cuestionario conoce las exigencias de su trabajo, que existe compromiso,

motivación, que las decisiones que se toman son colectivas, que es tenido en cuenta por su superior, que forman parte de un equipo y que solucionar el problema es más importante que encontrar algún culpable.

5.6 Hablemos un rato “Conversatorio Virtual”

Se abrió un espacio de conversatorio a una hora y treinta y cinco minutos, donde se habló libremente de temas como la vinculación y promoción, programas planes en el marco de la seguridad y salud en el trabajo, la organización al interior del hogar, equipo humano, comunicación al interior y exterior del hogar y equipos de trabajo y las características a resaltar.



Gráfica 17. Participantes al conversatorio virtual

En el conversatorio participó el equipo de trabajo de la congregación (Madre Provincial, Madres superiores de las nueve casas, Hermana asistente de madre provincial, hermana administrativa de la casa principal, 5 administrativos y líder del SST y 7 secretarias), esta actividad se realizó vía virtual por Skype.

6 Análisis de resultados

Partiendo **del primer objetivo** y conforme a la priorización, se identifica que el programa de Autocuidado se deberá construir con un enfoque en la minimización de la ocurrencia en los riesgos identificados a nivel biomecánico, mecánico y psicosocial, incluyendo actividades que permitan a los trabajadores identificar y evitar la ocurrencia de actos (acciones) inseguros por parte de ellos. Además, que los colaboradores sean conscientes de la importancia y la necesidad personal que cada uno debe tener en preservar su salud y velar por su seguridad.

Teniendo en cuenta **el segundo objetivo** el cual buscaba realizar una lectura de la realidad sobre la congregación el Hogar Hermanitas de los pobres teniendo en cuenta sus condiciones de Seguridad, de trabajo y psicosociales y el beneficio que un programa de autocuidado trae a la organización, se presenta el siguiente análisis de resultados.

En la encuesta virtual participaron **72** colaboradores de las nueve casas y en el conversatorio virtual participaron un total de 23 personas del equipo administrativo incluyendo madres superiores.

En el **conversatorio virtual** se pudo analizar lo siguiente:

6.1 Vinculación y Promoción

El hogar cuenta con un procedimiento establecido para la vinculación de los trabajadores, diseñado con el objetivo que los nuevos colaboradores logren el entendimiento de la cultura organizacional y su adecuada adaptación; sin embargo, dada la urgencia en la provisión de los empleos este procedimiento se ve alterado en sus tiempo y cumplimiento; lo que afecta la adaptación y seguimiento de los nuevos empleados.

Estas alteraciones en los tiempos de vinculación también repercuten en los exámenes de ingreso, lo que podría convertirse en un riesgo inminente en la medida de proveer personal sin

las condiciones de salud necesarias.

Si bien cumplen con un proceso de inducción a veces es sobre la marcha y no se realiza como debiera para que se conozca las especificidades del cargo sino la información general del hogar.

Todo el personal que ingresa al HDLP, sea al cargo que supla debe tener claro que sus funciones son transversales y puede estar en cualquier puesto asistencial y el contrato no tiene un valor un diferencial con el de los otros compañeros(a), no existe un plan de carrera.

6.2 Programas

Se identificó que las actividades realizadas desde el área de recurso humano no son evaluadas por los participantes, lo que implica que se desconoce el grado de satisfacción e impacto. No se planean procesos de evaluación que canalicen las inquietudes y expectativas de los colaboradores acerca de los programas específicos de bienestar, capacitación y salud.

En muchas oportunidades por falta de personal los colaboradores no realizan pausas activas, no se toman los 15 minutos de descanso o cambio de actividad que la ley ordena (Ley 1355 de 2009, se obliga a reglamentar mecanismos con el fin de que todas las empresas promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos los empleados), se sugiere que se promuevan las “pausas activas”, que son consideradas pequeñas interrupciones de una actividad en las que se adelantan algunos ejercicios que permitirán minimizar cansancios y también a prevenir algún trastorno osteomuscular.

La madre provincial manifiesta que para la congregación no existen actualmente programas de capacitación pues ellas no se encuentran vinculadas laboralmente están en un régimen de servicio especial, es de suma importancia promover el desarrollo de las hermanitas motivando su participación como sujetos activos, gestores y motivadores del cambio, esto permitirá que exista cohesión entre las diferentes áreas de trabajo, para lo cual es relevante definir acciones puntuales

para su intervención.

6.3 Organización

Existen constantes manifestaciones de que tienen carencia de personal lo que ocasiona una sobrecarga laboral, esto no permite un rendimiento o respuesta oportuna ya que los colaboradores no pueden estar enfocados en muchas actividades a la vez y, de hecho, se recomienda que se dé cumplimiento al manual de funciones direccionado desde las competencias, habilidades, destrezas y especialidades de los trabajadores.

Cada casa define su plan de trabajo y las acciones a desarrollar, siguiendo los lineamientos previamente establecidos por la casa central (Bogotá) y la casa matriz (Francia) lo que permite que cada madre superiora lidere procesos articulados, pero con la oportunidad de generar nuevas ideas que permitan mejorar las condiciones de vida de los colaboradores.

De acuerdo a sus manifestaciones se pudo concluir que algunos puestos de trabajo están en condiciones inadecuadas (Sillas, escritorios, equipos de cómputo, elementos de terapia física) lo que puede ocasionar una enfermedad laboral (Riesgo Biomecánico – Osteomuscular) que trae consigo consecuencias económicas para el hogar y ausentismo laboral.

6.4 Equipo Humano

Se logra identificar que el personal realiza actividades desde lo urgente no dándole prelación a lo importante, por las manifestaciones que realizan “A veces lo importante se va quedando rezagado y al final todo se convierte en urgente” (*Madre Blanca García – Casa Chapinero*).

Se evidencia que los colaboradores están muy comprometidos con su labor, las hermanas los motivan, los incentivan y más que sentir que están trabajando están concientizados que están sirviendo, de ahí que la permanencia en el hogar es muy larga (Salen porque se pensionan).

El líder del SG-SST tiene como profesión la ingeniería de sistemas, él cuenta con el curso de

las 50 horas gratis del Sistema de Gestión de Seguridad en el trabajo.

El médico, odontóloga, psicóloga, trabajadora social y las terapistas físicas son voluntarias y cuentan con una asociación que les ayudan a recolectar fondos.

Apoyan los procesos asistenciales las practicantes de trabajo social y las terapias son realizadas también por practicantes de octavo semestre.

6.5 Comunicación Interna

Existe una comunicación efectiva tanto en a nivel interno de las casas de Bogotá como en las casas de otros departamentos, solo hay restricciones en la casa ubicada en Tibú, que por estar en una zona muy alejada no es fácil la conectividad con el centro del país.

La madre provincial es un recurso humano muy importante ya que ella se desplaza frecuentemente a las diferentes casas a coordinar acciones y evaluar procesos de acuerdo a los planes que elaboran en la casa principal en las reuniones de madres, ella manifestó que, si bien existe una matriz de peligros y riegos avalada por la ARL Colmena, en las otras casas no se ha construido porque el Líder manifestó que con la matriz que tienen pueden funcionar todas las casas.

6.6 Capacitación

Existen actividades de capacitación muy esporádicas no se evidencia programas de capacitación y entrenamiento donde se aprovecharía el talento, las destrezas y habilidades del recurso humano en el nivel asistencial permitiendo alcanzar un máximo desarrollo de los mismos a nivel del saber y saber hacer, es importante que se propicien espacios de fortalecimiento del SER como dimensión fundamental del desarrollo humano.

Manifiestan que los colaboradores a través de la ARL han recibido capacitaciones con temas relacionados al cuidado de la salud y desempeño del trabajo. Sin embargo, la congregación por

sus múltiples labores ya que ellas son muy pocas no pueden asistir porque para que “Su gente participe ellas cubren algunos puestos de trabajo”.

La Trabajadora social voluntaria apoya en la capacitación del comité de convivencia y hace parte de este, por lo que ayuda a resolver los casos que requieren más cuidado por su complejidad.

6.7 Elementos y materiales para el equipo de trabajo

La madre provincial y madre Eliduvina manifiestan que sus equipos de trabajo son obsoletos (Computadores, escáner y fotocopiadora) ya que los que tienen son donadas por la comunidad, pues el hogar es una institución sin ánimos de lucro donde los servicios que se ofrecen a las personas mayores no tienen costo pues todos sus abuelos ingresan porque son personas en estado de vulnerabilidad.

Los elementos de protección personal EPP son entregados diariamente al personal de acuerdo a la actividad que van a realizar en el hogar, las hermanitas están verificando que se usen adecuadamente.

6.8. Generales

En el Hogar Hermanitas de los pobres cuentan con la matriz de riesgo y peligros solo de la casa de Bogotá, siendo nueve casas si bien la misión, la visión y actividades que realizan son las mismas, cada casa debe identificar los riesgos más significativos inherentes a las actividades que realizan y a las características que las identifican tales como la ubicación temperaturas, entornos entre otros, para así generar planes de mejora para mitigar los mismos.

El Programa construido desde una cultura de Autocuidado, a implementarse en el Hogar de Hermanitas de los Pobres parte de una realidad laboral que se presenta al interior y exterior del mismo, donde los procesos hacia los colaboradores del hogar en seguridad, salud y recursos

humanos carecen de continuidad y requieren reforzamiento y acompañamiento de un Líder del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (Especialista en SG-SST) permanente a nivel nacional que integre los estándares previstos en la Resolución 0312 de 2019 en cada la casa principal que esta replica los procesos en las nueve casas.

Consecuentes con lo anterior el Programa de autocuidado es una herramienta valiosa y pertinente para poner en marcha en el HDLP, ya que se construyó desde los resultados obtenidos en el análisis de la matriz de riesgos, la evaluación inicial con la que cuenta el hogar, con la aplicación de los instrumentos encuesta y conversatorios virtuales “Hablemos un rato”; estos insumos contribuyeron a enriquecer el documento diseñado.

Este va hacer un excelente momento para lograr la participación activa en la puesta en marcha del Programa de autocuidado de la Congregación y de los colaboradores, ya que es un programa construido con los aportes de cada una(o) de los colaboradores del hogar desde sus conocimientos y experiencia que tienen en el mismo.

Es interesante evidenciar que las prácticas de autocuidado en el HDLP, parten de la labor que realizan con las personas mayores y con la misión que tiene el hogar de SERVIR al más necesitado, lo que ocasiona que los colaboradores generen lazos de amistad, solidaridad, protección a mí mismo y al otro, cuidado a “Mi Casa” y tolerancia por los demás incluyendo sus compañeros de trabajo; dándose así las prácticas de autocuidado espontaneas.

6.8 Análisis matriz DOFA

Con la información obtenida en el cuestionario virtual y en el conversatorio, y teniendo como base la contextualización del Hogar, se realiza el análisis DOFA de la misma, debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas; que permitirá evidenciar los elementos importantes que caracterizan la cultura y el clima laboral.

DEBILIDADES

OPORTUNIDADES

No hay oportunidad de crecer laboralmente (No se cuenta con un plan de carrera).

Desconocimiento del grado de satisfacción de los funcionarios con respecto a los programas desarrollados.

No se cuenta con un profesional especializado en el SG-SST para liderar el mismo.

Existe una matriz de peligros y riesgos para las nueve casas.

Falta fortalecimiento y control en el proceso de inducción y reinducción

No existe una cultura de construcción de diseños técnicos de programas que les permitan participar a los colaboradores activamente.

El horario de trabajo no les permite atender las necesidades personales.

La falta de personal ocasiona una sobre carga laboral.

Las hermanitas del hogar el 60% son personas mayores.

No existe capacitación técnica que fortalezca competencias del personal.

La congregación no tiene ninguna clase de vinculación laboral, ellas están afiliadas a ARL como

Se cuenta con un equipo de trabajo muy comprometido.

Estabilidad laboral – baja rotación de personal.

Los colaboradores siempre en busca de servir por lo que desarrollan sus labores con motivación.

Las que lideran los procesos son de la congregación Juana de Jugan, por lo que el buen trato a sus colaboradoras de acuerdo a las respuestas de los mismos es muy humano.

Existe el diálogo permanente, la concertación frente a los conflictos lo que permite un clima agradable y tranquilo.

Cuentan con comité de convivencia activos y que cumple con sus funciones.

Los elementos de protección personal son utilizados depende de la labor que realicen en los hogares.

independiente.

AMENAZAS	FORTALEZAS
<p>La baja rotación puede ser una desventaja ya que no permite que los jóvenes u otras personas se vinculen al hogar.</p>	<p>Cuentan con un equipo voluntario interdisciplinario de varias disciplinas.</p>
<p>El 73.7% están parcialmente en desacuerdo que cuentan con los materiales y equipos necesarios para realizar mi trabajo.</p>	<p>La trabajadora social voluntaria propicia espacios de fortalecimiento del comité de convivencia de los colaboradores e intervención familiar de las personas mayores.</p>
<p>Las donaciones que se realizan para el hogar en equipos de cómputo y otras herramientas no son continuas.</p>	<p>Existe una asociación sin ánimos de lucro que apoya el proceso de gestión de recursos físicos, humanos y económicos.</p>
<p>Los gastos administrativos son muy altos y en muchas oportunidades se encuentran atrasados en los pagos.</p>	<p>Las casas donde se ubican los hogares, son instalaciones amplias, con buena iluminación y las condiciones son aceptables además de ser propias.</p>
<p>Están en el riesgo de ser sancionados por no contar con un profesional del SG-SST, por la entidad competente.</p>	<p>Tienen personas y empresas que realizan donaciones a la obra por lo que reciben beneficios tributarios.</p>
<p>No tiene ningún retorno de inversión ya que son una entidad sin ánimo de lucro.</p>	<p>Van a contar con un Programa de Autocuidado desde el enfoque del sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo.</p>
<p>Es muy vulnerables a las crisis económicas del país como el aislamiento social por consecuencia del Coronavirus, porque los donantes disminuyen sustancialmente.</p>	
<p>Por contar con un personal profesional voluntario los procesos al interior de la comunidad laboral no</p>	

tienen continuidad.

Normatividad cambiante en las políticas

6.8.1 Estrategias Ofensivas: (Fortaleza- Oportunidad)

El contar con un equipo de trabajo comprometido y humano al interior del hogar y un equipo interdisciplinario profesional voluntario permite potenciar y empoderar los procesos o programas que se diseñen para el bienestar de los colaboradores y por ende para sus usuarios las personas mayores.

El Programa de autocuidado será fundamental para garantizar un trabajo seguro, permitiendo promover en los colaboradores del HDLP mejorar sus prácticas en cuanto a cultura para llevar a cabo el desarrollo pleno de las actividades tanto personales, familiares y laborales, dando así cumplimiento a la norma del sistema.

Con el apoyo de la trabajadora social especialista en recursos Humanos se coordinará que apoye brindando herramientas al colaborador acerca de estilos de vida saludables, la buena ocupación del tiempo libre en su vida cotidiana, recreación, resolución de conflicto y comunicación asertiva para para seguir afianzando su cultura laboral.

6.8.2 Estrategias Defensivas: (Fortalezas y Amenazas)

El contar con personas y empresas que donan al Hogar y tener una asociación y voluntarios, es una gran oportunidad para gestionar recursos tales como computadores, teléfonos, escáner, fotocopiadora o herramientas de trabajo, para mejorar las condiciones de trabajo de los colaboradores.

Las crisis del país afectan a todas las empresas en especial aquella que son sin ánimo de lucro, por lo que se debería gestionar recursos a través de convenios de cooperación a nivel distrital,

nacional e internacional.

6.8.3 Estrategia Adaptativa: (Debilidades -Oportunidades).

Si bien la falta de personal ocasiona una sobre carga laboral, se debería concertar con los voluntarios que asisten al hogar un apoyo permanente organizando tiempos y competencias de los mismos.

Gestionar ante las Universidades personal en formación para que apoye SG-SST en las casas que no tienen más de 27 personas vinculadas.

7 Programa de Autocuidado “Ética del cuidado”

El Programa de Autocuidado se construyó con los colaboradores y para los colaboradores del Hogar hermanitas del pobres, es un programa que nace de la necesidad de garantizar al interior de cada una de las nueve casas existentes en Colombia, la aplicación de medidas para el mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente en el trabajo, así como el control eficaz de los peligros y riesgos derivados de cada una de las actividades que realizan los colaboradores en las casas (Ver Anexo 8).

8 Conclusiones

Esta tesis presenta los resultados obtenidos desde un trabajo de análisis y recolección de información, para realizar este último fue un tanto difícil porque estuvo lleno de barreras y obstáculos como el distanciamiento social que se presenta en el país, donde no se pudo por seguridad del personal y de los adultos mayores del hogar tener contacto directo para construir con ellos desde la presencialidad, lo que llevo a concluir que siempre se debe estar alerta a generar cambios de forma y fondo en un proyecto para lograr los objetivos trazados.

En el proceso de construcción se logró articular un documento interesante que nace del aporte de las compañeras de trabajo desde lo virtual, la participación de las madres superiores y personal de apoyo administrativo que permitió realizar una construcción de la realidad organizacional del Hogar Hermanitas de los Pobres.

Los resultados muestran la importancia y necesidad de implementar un programa de intervención en el Hogar Hermanitas de los Pobres, que controlé y mitigué los riesgos identificados (biomecánico, Condiciones de seguridad y psicosocial) donde los *estilos de vida saludables*, trabajo seguro y condiciones de salud óptimas sean los elementos esenciales del mismo y la población objetivo no solo sean los colaboradores sino también sus familias, las hermanitas, los voluntarios, bienhechores y personal practicante de las universidades que contribuyen con que se logren los objetivos institucionales.

La viabilidad del programa en cuanto al presupuesto resultó satisfactoria debido a que el recurso humano a participar en el mismo el 70% es voluntario, competente y está dispuesto a apoyar en el desarrollo de las acciones a implementar, además las actividades a ejecutar en el hogar no generan amenaza o riesgo significativo para el personal, por esta razón el presupuesto no es alto para lo que se proyecta ejecutar.

Promover la cultura del autocuidado, el diseño y posteriormente la ejecución del programa planteado permitirá a la organización aumentar el porcentaje actual de cumplimiento a los estándares mínimos dados en la resolución 0312 de 2019 el cual está en un 52,5% siendo una valoración crítica frente a la ejecución de actividades.

Se concluye que es necesario fomentar un Programa de cultura para el autocuidado en seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de brindarles herramientas de autoprotección hacia el colaborador, mitigando las causas de riesgos, de acuerdo a las actividades que desarrolle el hogar y que impacte directamente a las personas mayores que son sus usuarios finales.

El Programa además de promover una cultura de autocuidado, será una herramienta donde cada uno de los colaboradores se ven reflejados desde sus aportes por lo que se diseñó de una forma sencilla con un vocablo fácil de entender y sugerencias que los identifican.

La responsabilidad del COPASST en este sector es muy importante, pues sus actuaciones de acuerdo a la norma es garantizar que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo sean reducidos al mínimo posible, ya que desde su gestión pueden impulsar actividades de promoción y prevención para apoyar la intervención en la reducción de estos.

El lograr implementar procesos de capacitación y entrenamiento, permitirá que las Brigadas de Emergencia que funciona en cada una de las casas; adquieran competencias, habilidades y destrezas que garanticen que su desempeño en cualquier situación (Antes, durante y después) de una emergencia sea óptima y efectiva.

9 Recomendaciones

Durante la planificación de los programas en el marco del SG-SST del Hogar, se recomienda realizar una evaluación de riesgos laborales, para que previo al inicio de estos, se tomen las acciones necesarias para la prevención de accidentes laborales y/o enfermedades ocupacionales del personal que estará interactuando en el programa.

Se sugiere desarrollar sin interrupción un Plan de Seguridad y salud en el trabajo respetando el cronograma y al personal programado en coordinación con la Administradora de Riesgo de laborales (Colmena), donde se lleven control de asistencia.

Se recomienda gestionar un líder del SG-SST que cumpla con el perfil que la norma exige y un vigía de la salud que le de soporte y apoyo en los procesos que demanda el sistema en cada una de las casas ya que estas tienen una población, un contexto y una cultura organizacional diferente.

También es sumamente importante que en el Hogar en el marco del programa se enfatizen en campañas preventivas dirigidas a los colaboradores fortaleciendo así sus vínculos familiares, esto permitirá contribuir al bienestar de la salud mental de los trabajadores, generando un adecuado rendimiento y productividad a favor de todos y todas.

Informar y educar a todos los colaboradores de las nueve casas acerca de la seguridad y salud en el trabajo es muy importante ya que así ellos buscaran permanentemente mecanismos de mantenimiento y cuidado de la salud en sus tareas laborales.

Los programas de inducción y reinducción deben tener continuidad y no dejarlos de lado por actividades inmediatas, por lo que recomienda potenciar estos a través de capacitaciones (talleres vivenciales) que garanticen el conocimiento del direccionamiento estratégico del Hogar frente a

SG-SST, reglamento interno, manual de convivencia y la Seguridad Social entre otros.

Crear lugares y ambientes de trabajo saludables que faciliten, apoyen y fomenten actividades en bienestar de la salud, se recomienda construir ludotecas empresariales donde el colaborador se interrelaciona y ocupa su tiempo de pausas activas en juegos didácticos o de destreza mental.

Desarrollar un programa de inspección, que permita definir los criterios y frecuencia de las mismas en las áreas de trabajo, sistema eléctrico, cables de tecnología, mobiliarios, rutas de evacuación, extintores, botiquines de primeros auxilios; y los planes de seguimientos de los hallazgos en las inspecciones realizadas.

Implementar del Plan de Emergencias, no solo en el papel, que actué de acuerdo a la legislación y propiciar espacios de capacitación y entrenamiento para los brigadistas.

Fortalecer el COPASST y el Comité de Convivencia a través de capacitaciones y talleres.

Seguimiento a enfermedades laborales y accidentes de trabajo, porque actualmente no cuentan con calificación.

Se recomienda aplicar la batería psicosocial que no se ha realizado como una Oportunidad de mejora para el segundo periodo del 2020.

10 Presupuesto

PRESUPUESTO DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUTOCUIADO						
RECURSO HUMANO 1	Cantidad	Meses	Costo mes	HDLP	Equipo de trabajo	TOTAL
Profesional en formación						
de la Especialización de						
Gerencia de Gestión del Sistema de seguridad y salud en el trabajo.	3	5	0	0	0	\$0
Asistente interno del HDLP	1	5	1.200.000	0	0	0
Subtotal Recurso Humano				1.200.00	0	\$1.200.00
				0	0	0
ACTIVIDADES						
Mesa de trabajo		1	0		0	\$0
Grupos focales (Insumos).		6	25.000	150.000	0	150.000
Papelería	50		2.500	125.000	-	125.000
Subtotal Trabajo en campo						
				165.000	0	290.000
Material fungible (Impresión del Documento base)						
				485.000		485.000
Comunicaciones (Apoyo llamadas celulares)						
	3	5	50.000		750.000	750.000
Medios Audiovisuales		1	250.000	250.000		250.000

PRESUPUESTO DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUTOCUIADO

RECURSO HUMANO 1	Cantidad	Meses	Costo mes	HDLP	Equipo de trabajo	TOTAL
Subtotal				735.000	750.000	1.485.000
				1.925.00		
TOTAL				0	750.000	2.850.000

11 Referencias

- ACHS. (27 de 10 de 2016). *ACHS*. Obtenido de Autocuidado: cómo ser responsables de nosotros mismos: https://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/MediosACHS/Paginas/Autocuidado_Ser_responsables_de_nosotros_mismos.aspx
- Agudelo, C., & Boyero, M. (2015). El recurso humano como elemento fundamental para la gestión de calidad y la competitividad organizacional.
- Arias, W. L. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial.
- Arráez, M., Calles, J., & Moreno, L. (2006). La hermenéutica: Una actividad interpretativa. *Revista universitaria de investigación*, 171-181.
- Aurioles, I., & Torres-López, T. (2016). Dimensiones culturales sobre seguridad y salud ocupacional de trabajadores de una empresa de manufactura prefarmaceutica. *Psicogente*.
- Buitrago, N., & Cárdenas, H. (2009). Nivel de agencia de autocuidado de la salud en el trabajo, en grupo de trabajadores de la construcción de una institución educativa privada de nivel superior durante el mes de octubre de 2009. Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis72.pdf>
- Choque, R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud.
- Consejo Colombiano de Seguridad. (s.f.). XVII congreso mundial sobre seguridad y salud en el trabajo.
- Correa, D., & Cirera, O. G. (2013). Vida con calidad y calidad de vida en el trabajo.
- Decreto 1072. (26 de Mayo de 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.
- Escobar, M. (Julio de 2005). Las competencias laborales ¿La estrategia laboral para la

- competitividad de las organizaciones? 21. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232005000300002
- Giraldo, A., Toro, M. Y., Macías, A., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.
- Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: Historia, dimensiones y beneficios. 271 - 276.
- GTC 45. (2010). *Icontec Internacional*. Obtenido de Guía técnica Colombiana GTC 45 - Guía para la identificación de los peligros y valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional: <https://idrd.gov.co/sitio/idrd/sites/default/files/imagenes/gtc450.pdf>
- Health and Safety Executive. (2013). *Health and Safety Executive*. Obtenido de Managing for health and safety: <https://www.hse.gov.uk/pubns/priced/hsg65.pdf>
- Hermanitas de los pobres. (2014). *Hermanitas de los pobres*. Obtenido de <https://www.hermanitasdelospobres.es/wp/>
- IAPRL. (2005). *Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales*. Obtenido de Servicio de Salud Laboral: <https://www.iaprl.org/el-iaprl/estructura-organica/servicio-de-salud-laboral>
- ILO - OSH . (2001). *Oficina Internacional del Trabajo - Ginebra*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112582.pdf
- Íñiguez, L. (2003). *Análisis del discurso: Manual para las ciencias sociales*. España.
- Jaramillo, V., & Gómez, I. (2013). Salud Laboral Investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 10. Obtenido de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/701>
- Llamas, A. (2014). Promoción de hábitos saludables en el trabajo para el bienestar de la

población trabajadora. 199-201.

Lobos, L., & Miranda, N. (2013). Discurso sobre las prácticas de cuidado de los/as profesionales que intervienen en las vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. 19.

Martinez, M. N., & Rodríguez, M. S. (2016). Diseño y desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo enfocado en el decreto 1072/2015 y oshas 18001/2007 en la empresa los angeles ofS.

Ministerio de trabajo. (2016). *SG-SST Guía técnica de implementación para MIPYMES*.

Obtenido de

<https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Guia+tecnica+de+implementacion+del+SG+SST+para+Mipymes.pdf/e1acb62b-8a54-0da7-0f24-8f7e6169c178>

Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial.

Molano, J., & Arévalo, N. (2011). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. *Innovar*, 21-31.

Monsalve, N. d. (2016). Neocompetencias, nuevo enfoque de competencias laborales en Salud Ocupacional. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 627 - 638.

OIT. (2011). *Organización Internacional del Trabajo*. Obtenido de Sistema de Gestión de la SST: Una herramienta para la mejora continua: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_154127.pdf

OMS. (2008). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.mallamaseps.com.co/index.php/el-autocuidado-en-la-actualidad>

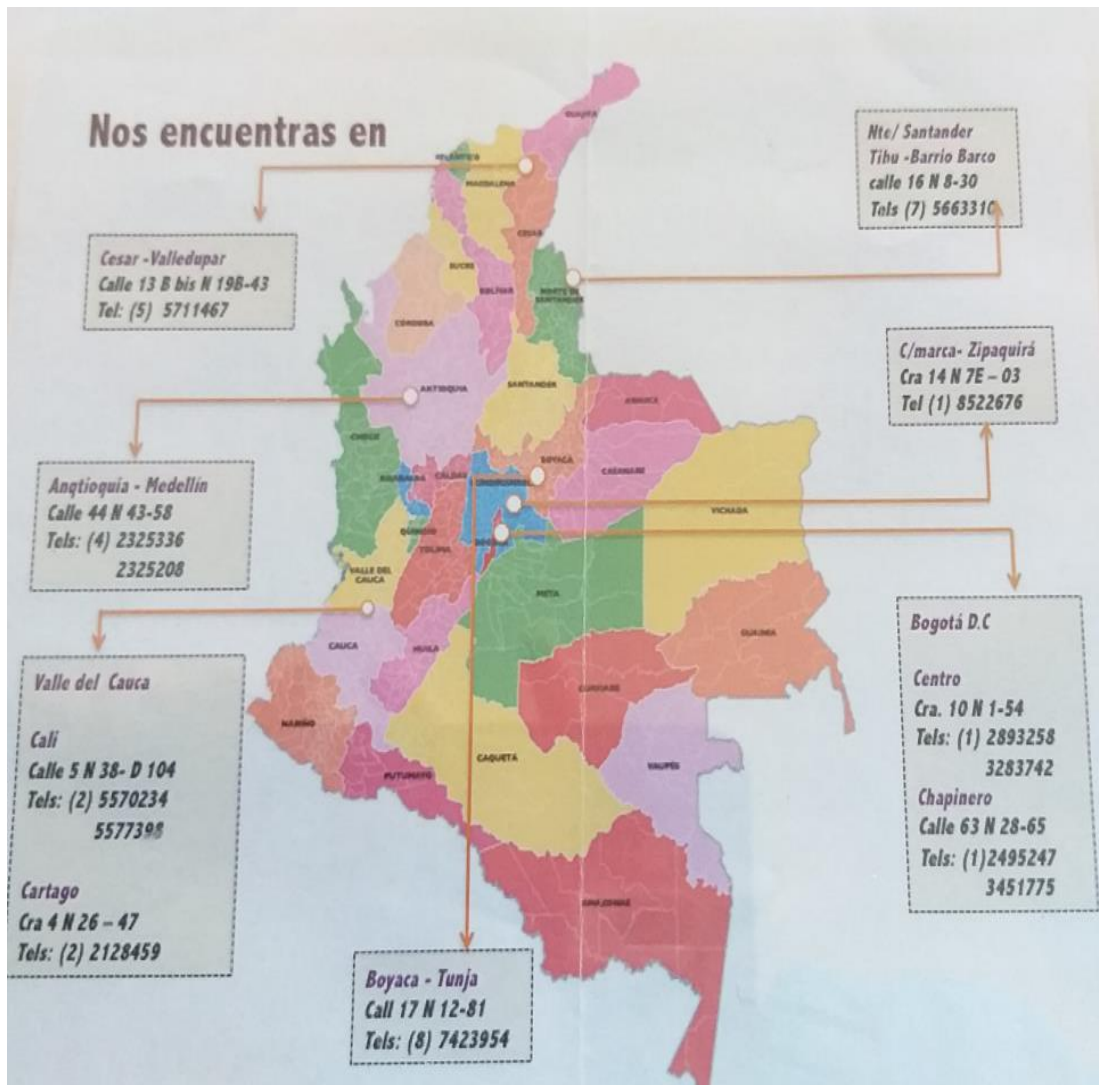
- Packer, M. (2010). La investigación hermenéutica en el estudio de la conducta humana.
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.
- Resolución 2646. (2008). Se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo .
- RIMAC. (2015). *Prevención laboral RIMAC*. Obtenido de <http://prevencionlaboralrimac.com/Herramientas/Matriz-riesgo>
- Rodríguez, Y., & Molano, J. (2012). Adaptación de una herramienta para la evaluación de la gestión de la salud y seguridad en el trabajo. *El hombre y la máquina*, 7-21.
- Rojas, A., Pérez, S., Lluch, A., Cabrera, & Maritza. (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado.
- Ruíz, M. (2018). *Diseño de un modelo de excelencia en la gestión, que sirva de herramienta para la directiva de las organizaciones medianas y pequeñas del sector manufacturero*. Obtenido de <https://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/18923/1/72044631.pdf>
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de la metodología, construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Argentina.
- Silva, D., & Cruz, G. (2008). Diagnóstico sobre la cultura del autocuidado en el personal que labora en el servicio de urgencias del hospital departamental San Vicente de Paul Garzón Huila.
- Tobón, O. (2002). El autocuidado: Una habilidad para vivir.

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. 61-71.

Yegros, L. (2013). El medio laboral magnético y la gestión de ciudades, Visión de enfermería actualizada.

12 Anexos

Anexo 1. Ubicación de las casas del Hogar Hermanitas de los Pobres



Anexo 2. Guía del Conversatorio "Hablemos un rato".

Guía Técnica Conversatorio

Objetivo:

Realizar un ejercicio participativo de auto diagnóstico con representantes de la congregación del HDLP, en este caso con una mirada desde la calidad de vida laboral, salud y seguridad de los colaboradores del mismo.

Duración: Hora y media

Descripción actividad

- Presentación síntesis de los fundamentos del ejercicio de construcción colectiva
- Presentación resumida del Sistema de Seguridad y salud en el trabajo y su incidencia en la calidad de vida de los colaboradores (Presentación power point).

La metodología propuesta:

Conversatorio donde las madres son las facilitadoras de cada casa y la coordinadora de la actividad estará vía virtual reforzando y apoyando la actividad.

Temas propuestos:

Vinculación y promoción
Programas
Organización

Equipo Humano

Comunicación Interna

Herramientas y equipos de trabajo

Conclusiones:

Se hará un cierre después de haber abierto un espacio hacia el dialogo libre y se realizaran las conclusiones que las participantes se exterioricen.

Anexo 3. Cuestionario Virtual

Fecha: Marzo a abril de 2020

Total de la población: 169

Muestra: 72 personas

Condiciones de seguridad				N
1. Me concentro bien en lo que hago				/A
2. Mi estado de salud considero es el apropiado				
3. La congregación genera actividades de prevención en el hogar				
4. Existe un plan de trabajo para lograr los objetivos del hogar con respeto a mi salud				
5. Me han realizado exámenes ocupacionales por lo menos cada año.				
6. Conozco mi estado de salud				
7. Si hay una propuesta para mejorar las condiciones de salud, estoy dispuesto a participar activamente para iniciar los cambios.				
2. Condiciones de trabajo				
8. Está conforme con la limpieza, higiene y salubridad en su lugar de trabajo				
9. Cuento con los materiales y equipos necesarios para realizar mi trabajo				
10. Me gusta mi trabajo				

11. Las herramientas y equipos que utilizo (computador, teléfono, etc.) son mantenidos en forma adecuada.				
12. Manipula, aplica o está en contacto con sustancias químicas nocivas/tóxicas?				
13. Manipula o está en contacto con personas que pueden estar infectados?				
14. Realiza tareas que le obligan a mantener posturas incómodas?				
15. Levanta, ¿traslada o arrastra cargas, personas, animales u otros objetos pesados?				
16. Realiza movimientos repetitivos, casi idénticos con los dedos, manos o brazos cada poca segunda				
17. Está expuesto a un nivel de ruido que le obliga a elevar la voz para conversar con otra persona?				
3. Condiciones Psicosociales				
18. Mi superior me motiva a cumplir con mi trabajo de la manera que yo considere mejor				
19. Soy responsable del trabajo que realizo				
20. Soy responsable de cumplir los estándares de desempeño y/o rendimiento				
21. Conozco las exigencias de mi trabajo				
22. Me siento comprometido para alcanzar las metas establecidas del hogar				
23. El horario de trabajo me permite atender mis necesidades personales				
24. Mis compañeros y yo trabajamos juntos de manera efectiva.				
25. En mi grupo de trabajo, solucionar el problema es más importante que encontrar algún culpable.				
26. Siento que formo parte de un equipo que trabaja hacia una meta común.				
27. Mi superior inmediato pide mis opiniones para ayudarlo a tomar decisiones.				

28. Mi superior inmediato me da retroalimentación tanto positiva como negativa sobre el desempeño de mi trabajo.				
--	--	--	--	--

Anexo 4. Glosario

Seguridad: Ausencia de riesgos inaceptables de daños.

Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO): Condiciones y factores que afectan el bienestar de los empleados, contratistas, visitas y de cualquier otra persona en el lugar de trabajo.

Organización: Compañía, corporación, firma, empresa, institución o asociación, o parte de ella, incorporada o no, pública o privada, que tiene sus propias funciones y estructura administrativa.

Desempeño: Resultados medibles del sistema de gestión S&SO, relacionados con el control que tiene la organización sobre los riesgos relativos a su seguridad y salud ocupacional y que se basa en su política de S&SO y objetivos.

No conformidad: Cualquier desviación o incumplimiento de los estándares de trabajo, prácticas, procedimientos, regulaciones, etc., que pueda directa o indirectamente ocasionar, heridas o enfermedades, daños a la propiedad, al ambiente del trabajo, o combinación de éstos.

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad. Detectada u otra situación no deseable. (Decreto 1443 de 2014).

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no Conformidad potencial, o cualquier otra situación potencial indeseable.

Peligro: Una fuente o situación con el potencial de provocar daños en términos de lesión, enfermedad, daño al medio ambiente o una combinación de éstos.

Riesgos: Evaluación de un evento peligroso asociado con su probabilidad de ocurrencia y sus consecuencias.

Riesgo laboral: La posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán

conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

Riesgo laboral grave e inminente: Aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

Riesgo no tolerable: Probabilidad alta y de consecuencias extremadamente dañinas, de que un trabajador sufra una determinada lesión derivada del trabajo.

Riesgo tolerable: Probabilidad baja y de consecuencias dañinas; o probabilidad media y de consecuencias ligeramente dañinas, de que un trabajador sufra una determinada lesión derivada del trabajo.

Psicosocial: Se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales. El ser humano y su comportamiento en un contexto social es objeto de estudio de la psicología individual y de la sociología.

Identificación de peligro: Un proceso de reconocer que un peligro existe y definir sus características.

Biomecánica: Análisis del comportamiento físico mecánico de los sistemas biológicos, como huesos, articulaciones, tendones, ligamentos, músculos, aplicando conceptos como torques, stress, compresión, fatiga, deformación, visco elasticidad.

Evaluación de riesgo: Proceso global de estimar la magnitud de los riesgos y decidir si un riesgo es o no es tolerable.

Auditoría: Examen sistemático e independiente, para determinar si las actividades y los resultados relacionados, están conformes con las disposiciones planeadas y si esas disposiciones son implementadas eficaz y apropiadamente, para la realización de políticas y objetivos de la organización.

Alta dirección: La alta dirección es la persona o conjunto de personas que tienen una

responsabilidad general sobre toda la organización, responsables de fijar los objetivos de largo plazo y de definir las estrategias que permita su consecución, resultando ser los responsables del éxito o fracaso de la empresa. En el ámbito de la dirección de empresas, la autoridad formal derivada del puesto precisa de la existencia del liderazgo como mecanismo de movilización de los esfuerzos de los miembros de la organización hacia la consecución de los objetivos, resultando ambos términos, autoridad formal y liderazgo características necesarias de la alta dirección

Competencia: Atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades. (Icontec, 2012).

Diagnóstico: Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza (Real Academia Española, 2017).

Accidente: Evento no planificado, que resulta en muerte, enfermedad, lesión, daño u otra pérdida.

Incidente: Evento no planificado que tiene el potencial de llevar a un accidente. El término incluye “cuasi-accidente”.

Estrés: Cambios reversibles o irreversibles en el organismo, provocados por un desequilibrio entre las demandas de factores externos (tanto ambientales como psicológicos o sociales) y los recursos que provocan una disminución del rendimiento.

Estrés laboral: Es un desequilibrio importante entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias. Según esta definición, se produciría estrés cuando el individuo percibe que las demandas del entorno superan a sus capacidades para afrontarlas y, además, valora esta situación como amenazante para su estabilidad

Estrés térmico: Agresiones intensas por calor al organismo humano.

Fatiga: Disminución de la productividad, del rendimiento o de la capacidad a proseguir una tarea debida a un gasto energético físico o psicológico previo; conjunto de factores que afectan el rendimiento humano.

Fatiga provocada por el trabajo: Manifestación general o local, no patológica, de la tensión provocada por el trabajo, que puede ser eliminada completamente mediante el descanso adecuado.

Objetivos: Metas en términos del desempeño del sistema SSO, que una organización establece por sí misma.

Mejoramiento continuo: Proceso de optimización del sistema de gestión SSO, con el propósito de lograr mejoramiento en el desempeño global de la SSO, de acuerdo con la política de SSO de la organización

Tendinitis: El compromiso de la estructura tendinosa de los conglomerados musculares se asocia a posturas sostenidas y a repetición de movimientos, básicamente por isquemia de regiones que son pobremente vascularizadas y que irrigan a través de estructuras adyacentes. La denominación corriente de tendinitis para estas enfermedades es un nombre equívoco, porque la lesión anatómica no es un proceso inflamatorio, sino de cambios degenerativos y proliferativos en la estructura anatómicas y porque una gran parte de las lesiones no se reducen al tendón.

Tenosinovitis: (o tendosinovitis o tendovaginitis) Inflamación aguda o crónica de la vaina de los tendones de la muñeca.

Anexo 5. Cronograma

Objetivos	Actividades	Resultado	Semanas														
			Marzo				Abril				Mayo				Junio		
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2

Objetivo General:

Diseñar un Programa de Cultura de Autocuidado en el Hogar Hermanitas de los Pobres, con base en los resultados del diagnóstico de peligros y riesgos a levantar para preservar la salud laboral y seguridad de los colaboradores del hogar.

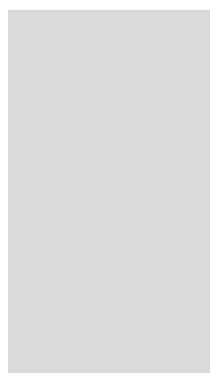
Objetivo 1: Analizar la matriz de peligros, riesgos y la evaluación inicial en busca de identificar información importante que de línea para construir el

Programa de Autocuidado desde unas necesidades detectadas y validadas.

Fase 1. Planeación y desarrollo del proceso de recolección de información

Resultados Actividades Responsables

Se construyen las guías técnicas para el conversatorio “Hablemos un rato”



Objetivos	Actividades	Resultado	Semanas														
			Marzo				Abril				Mayo				Junio		
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Resultado																	
2. Se cuenta con información cuantitativa y cualitativa que será soporte para el diseño del Programa de Autocuidado	Elaborar o solicitar la descripción sociodemográfica de los trabajadores y la caracterización de sus condiciones de salud.	Equipo de trabajo – HDLP															
Fase 3: Análisis de información y Revisión y reformulación de la matriz de riesgos																	
Resultado																	
3: Se cuenta con una matriz de riesgo y	Consolidar resultados y realizar el																

Objetivos	Actividades	Resultado	Semanas													
			Marzo				Abril				Mayo				Junio	
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
peligros analizada.	análisis de los mismos															
<p>Objetivo 2: Realizar una lectura de la realidad sobre la congregación el Hogar Hermanitas de los pobres identificando los problemas de autocuidado que presentan en los colaboradores del mismo a través de la aplicación de técnicas de recolección de información.</p>																
	Se realiza el conversatorio virtual con las directivas (Hablemos un rato)															
Resultado																
4: Se cuenta información de primera instancia sobre	Se desarrolló de encuesta virtual.															

Objetivos	Actividades	Resultado	Semanas														
			Marzo				Abril				Mayo				Junio		
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Resultado																	
<p>5: Se cuenta con un Programa de Autocuidado desde la lectura de la realidad institucional.</p> <p>Se elabora el Programa y se valida con la congregación.</p>																	

Anexo 6. Matriz de Identificación de peligros y valoración de riesgos

Para ver las matrices de identificación de peligros y valoración de riesgos ir al siguiente link:

https://drive.google.com/file/d/1nwrtqacAyINW0_E1-E10Sb1HXw3BwhAf/view?usp=sharing

Anexo 7. Evaluación inicial de la matriz de peligros

Para ver la evaluación inicial de la matriz de riesgos ir al siguiente link:

https://drive.google.com/file/d/1BxPhI7tKV1U9x0vaAbsLQIHxZPNEa_tQ/view?usp=sharing

g

Anexo 8. PROGRAMA DE AUTOCUIDADO “Ética del Cuidado”

Para ver el programa de autocuidado ir al siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/1FrggZycM7U6gVXpPPJyVCpnJm2W4L97s/view?usp=shari>

[ng](#)