



INSTRUCTIVO PARA LA PRESENTACION DE PRESUNCIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y REPORTE AL IESS

1. INTRODUCCIÓN

En función a lo establecido en el artículo 3 Principios de Acción preventiva: " *Detección de las enfermedades profesionales u ocupacionales...*", artículo 5 Clasificación de las prestaciones literal c) " *Los servicios de prevención: "Se refieren al estudio, análisis, evaluación y control de los riesgos del trabajo, así como a la asesoría y divulgación de los métodos y normas técnico científicas de Seguridad y Salud en el Trabajo; se otorgarán por intermedio de la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo y sus Unidades a Nivel Nacional.."* de la Resolución CD 390, el presente documento busca facilitar los mecanismos suficientes para que los actores sociales cuenten con una herramienta que oriente y facilite el cumplimiento de las disposiciones relativas con el reporte de casos de presunción de enfermedad profesional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer los criterios y acciones necesarias para la notificación de los casos de presunción de enfermedad profesional.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Facilitar los criterios diagnósticos para la investigación de presunción de Enfermedad Profesional a los médicos de empresa y su posterior reporte al Seguro General de Riesgos del Trabajo.

2.2.2. Reducir el sub registro de enfermedades profesionales en el Ecuador.

3. ALCANCE

Este Instructivo es de aplicación en empresas, instituciones y organizaciones que tengan afiliados al IESS a nivel nacional.

4. BASE LEGAL

- a) Art. 7, Resolución CD 390 – Reglamento del Seguro General de Riesgos del trabajo del IESS.
- b) Primer anexo de la Resolución CD 390 – Reglamento del Seguro General de Riesgos del trabajo del IESS.
- c) Art. 43, Resolución CD 390 – Reglamento del Seguro General de Riesgos del trabajo del IESS.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA

5. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico de Empresa	<p>1. Iniciará el proceso de análisis de posible enfermedad profesional (Art. 43 y Art 51 literal d) 1 de la Resolución C.D. 390), como consecuencia de signos y síntomas que motiven una atención médica, presunta asociación del cuadro clínico con las condiciones del ambiente de trabajo y las actividades desarrolladas por el trabajador. Solicitará exámenes complementarios y evaluaciones de especialidad según la enfermedad para confirmar la sospecha diagnóstica.</p>
Responsable de Seguridad	<p>2. En las empresas que cuenten con Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo, adjuntará resultados de mediciones, donde se presenten, entre otros, la información recolectada, los métodos utilizados, los análisis realizados y los resultados obtenidos en las evaluaciones. En caso de no contar con el Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo, la empresa deberá proceder a lo descrito en el numeral 8.</p>
Trabajo social/RHH	<p>3. En las empresas que cuenten con personal de Trabajo Social, elaborará el informe social, en el cual se describe la presencia de actividades extra laborales que pueden agravar o ser sospecha de ser generadoras del diagnóstico de presunción de enfermedad profesional. En caso de no contar con el personal de Trabajo Social, la empresa deberá proceder a lo descrito en el numeral 8.</p>
Médico de Empresa	<p>Elabora el informe médico de investigación de presunción de enfermedad profesional, para lo cual aplica los siguientes criterios diagnósticos de calificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Criterio clínico: Presencia de signos y síntomas que tiene el trabajador/a relacionados con la Posible Enfermedad Profesional en estudio. b. Criterio ocupacional: Antecedentes de exposición laboral que podrían originar la enfermedad en estudio a través de la valoración del nivel de riesgo que genere la actividad de la presunta enfermedad y el análisis del puesto de trabajo, antecedentes de exposición laboral precisando las ocupaciones, desde el inicio de su vida laboral. c. Criterio higiénico epidemiológico: <ul style="list-style-type: none"> c.1 Criterio higiénico se establece acorde a los resultados obtenidos de los métodos técnicos utilizados para la evaluación del factor de riesgo causante aparente de la enfermedad. Para documentar la exposición se podrán utilizar resultados basados en estudios o mediciones previas. c.2 Criterio Epidemiológico determinará la presencia de casos similares en la Empresa, puesto de trabajo o exposiciones al factor de riesgo motivo de estudio (morbilidad por puesto de trabajo) o si es el primer caso en la Empresa se corroborará mediante estudios epidemiológicos científicamente sustentados que describan la existencia de una relación causa-efecto. d. Criterio de laboratorio: Incluyen los exámenes complementarios: laboratorio clínico, toxicológico, anatómico patológico, imagenológico, neurofisiológico entre otros, que determinen la presencia y severidad de la Enfermedad en estudio. e. Criterio legal: Se fundamenta en la normativa legal vigente que corrobore que la Enfermedad en estudio se trata de una Enfermedad Profesional.



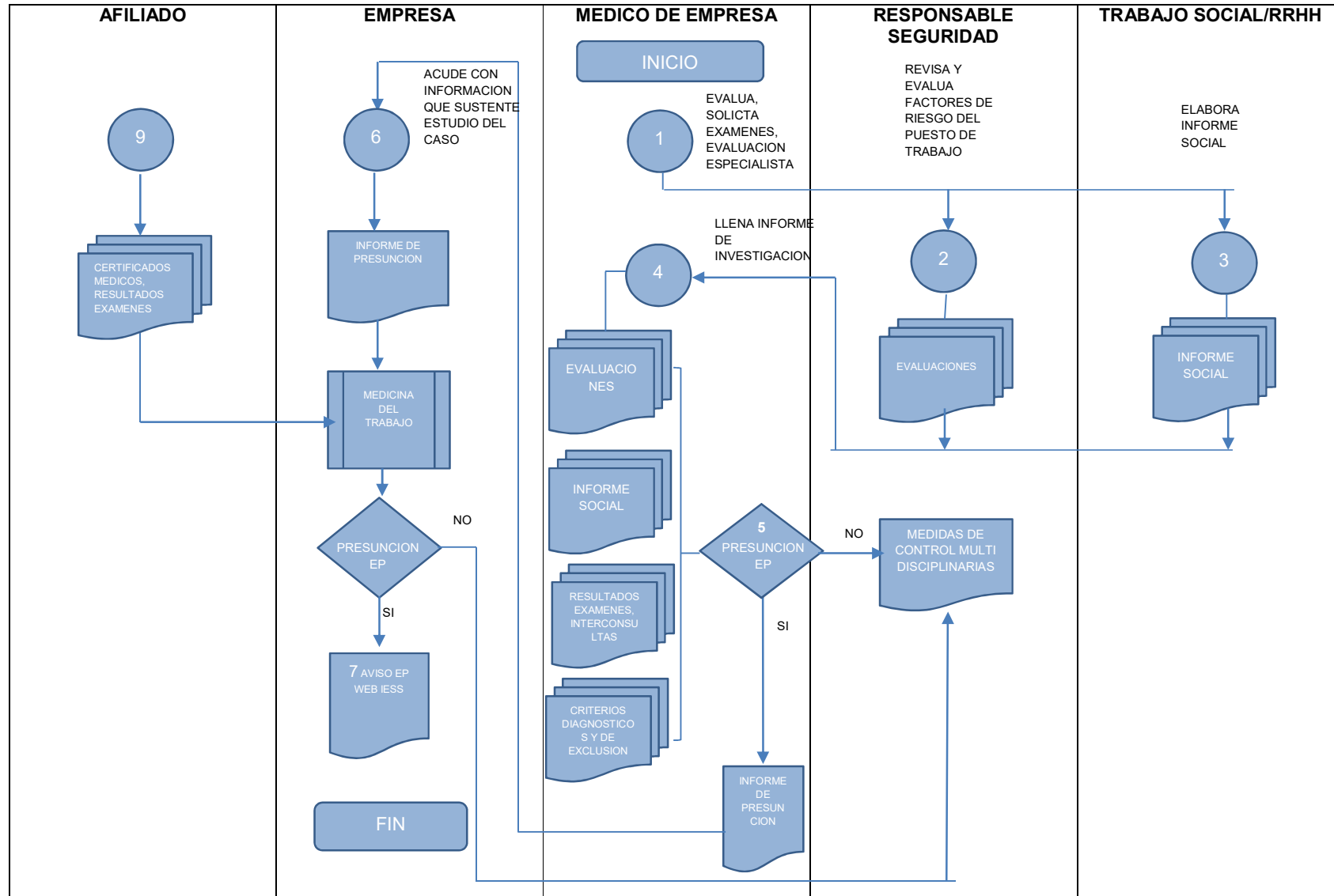
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA

	<p style="text-align: center;">CRITERIOS DE EXCLUSION</p> <p>No se consideran enfermedades profesionales u ocupacionales:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ausencia de exposición laboral al factor de riesgo.2. Enfermedades genéticas y congénitas.3. Enfermedades degenerativas.4. Presencia determinante de exposición extra laboral. <p>Posterior al análisis exhaustivo del caso, (revisión de informes técnicos, sociales, criterios de inclusión y exclusión) si no existe el diagnóstico presuntivo de Enfermedad Profesional, se deberá aplicar medidas correctivas y preventivas dentro de la empresa.</p>
Empresa	<ol style="list-style-type: none">4. Posterior a la Investigación de Enfermedad Profesional y de haber la presunción diagnóstica, la Empresa o Institución acudirá con los documentos que sustenten la investigación realizada (Informe con los resultados de las evaluaciones de los factores de riesgo del puesto de trabajo, informe social, informes médicos, Informe de investigación del médico de empresa, exámenes complementarios, entre otros) a las dependencias del Seguro General de Riesgos del Trabajo para entrevista y evaluación médica inicial por el médico de Riesgos del Trabajo, quien determinará la apertura o no del caso, emitiendo el documento de notificación dirigido a la empresa (Anexo 1).5. Realizar el reporte mediante el Aviso de Enfermedad Profesional (Ver Anexo 2, página www.iess.gob.ec), acorde a lo establecido en el Art. 43 Resolución CD-390).6. Las empresas que no cuenten con personal Médico y/o Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo, acudirán con el trabajador y los documentos que sustenten el diagnóstico presuntivo (certificados médicos, resultados de exámenes complementarios, entre otros) a las dependencias del Seguro General de Riesgos del Trabajo para entrevista y evaluación médica inicial por el médico de riesgos del trabajo quien determinará la apertura o no del caso, emitiendo el documento de notificación dirigido a la empresa (Anexo 1)
Afiliado	<ol style="list-style-type: none">7. En casos particulares, que la empresa no reporte la posible Enfermedad Profesional, el afiliado puede acudir directamente al SGRT, con los documentos que disponga (resultados de exámenes, certificados médicos) para entrevista y evaluación médica inicial por el médico de Riesgos del Trabajo, quien determinará la apertura o no del caso, emitiendo el documento de notificación dirigido a la empresa (Anexo 1).



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA

Diagrama de Flujo





INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA

Documento de notificación para presentación de Aviso de Enfermedad Profesional al Seguro General de Riesgos del Trabajo.

Quito, de de 2015

Señores.

(Nombre de la empresa)

La afiliada,, CI:, trabajadora de la empresa **(Nombre de la empresa)**, acudió el día de hoy para evaluación de posible Enfermedad Profesional, con diagnóstico....., una vez analizado el caso se recomienda **presentar el Aviso de Enfermedad Profesional**, en el Seguro de Riesgos del Trabajo, con la información que respalde el diagnóstico.

Resolución CD. 390, Art. 43. *“En los casos que se advierta indicios de una enfermedad profesional u ocupacional, el empleador comunicará a las Unidades del Seguro de Riesgos del Trabajo, mediante el aviso de enfermedad profesional, en el término de 10 días contados desde la fecha del diagnóstico médico presuntivo...”*

Atentamente.

Dr/a.
Médico Riesgos del Trabajo – (Provincia).



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA

ANEXO 2: Formulario de Aviso de Enfermedad Profesional

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO	FORMULARIO DE AVISO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	EXPEDIENTE No. I230-_____
--	--	------------------------------

I. DATOS GENERALES

1. Identificación General de la Empresa

Razón Social (*): _____ RUC (*): _____
Actividad Económica Principal (*): _____ No. Patronal: _____
Dirección (*): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
Provincia (*): _____ Ciudad (*): _____ Sector (*): _____
Teléfono 1 (*): _____ Teléfono 2: _____ Fax: _____ Email: _____
Nombre del Representante Legal (*): _____ No. Trabajadores (*): Administrativos: _____ Operativos: _____
Dirección del centro de trabajo habitual del afiliado (*): _____
(Provincia, Ciudad, Sector, Calle Principal, Número, Calle Secundaria)

2. Identificación del afiliado

Apellidos (*): _____ Nombres (*): _____
Cédula/Doc. Identificación (*): _____ Fecha de Nacimiento (*): _____ dd/mm/aaaa Edad: _____ Género: M F
Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
Dirección (*): _____
(Calle Principal) (Número) (Calle Secundaria)
Provincia (*): _____ Ciudad (*): _____ Sector (*): _____
Teléfono 1 (*): _____ Teléfono 2: _____
Escolaridad (*): Ninguna Básica Bachillerato Superior Cuarto Nivel Edad en la que empezó a trabajar (*): _____
Profesión/Oficio (*): _____ Ocupación (*): _____ Horario Regular (*): _____
Tiempo en el puesto de trabajo (*): 0 – 6 meses 7 – 11 meses 1 – 2 años 3 – 5 años 11 – 15 años más de 15 años

II. HISTORIA OCUPACIONAL

3. Ocupaciones anteriores

A. Razón Social (*): _____ Actividad Económica (*): _____
Actividad que realizaba (*): _____ Tiempo que laboró aquí (*): _____
B. Razón Social (*): _____ Actividad Económica (*): _____
Actividad que realizaba (*): _____ Tiempo que laboró aquí (*): _____
C. Razón Social (*): _____ Actividad Económica (*): _____
Actividad que realizaba (*): _____ Tiempo que laboró aquí (*): _____

III. DATOS DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad Profesional que reporta (*): _____
Descripción de labores/agentes que se consideran causantes de la presente enfermedad:

Tiempo de exposición (*): _____ (meses)

IV. CERTIFICACIONES

Firma y Sello del Patrono
Nombre: _____
Firma del Denunciante
Nombre: _____ No. Cédula: _____

ZONA DE USO EXCLUSIVO DEL IEES

Lugar y Fecha de Recepción: _____
Firma y sello del funcionario



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO
SUBDIRECCION PROVINCIAL DE RIESGOS DEL TRABAJO-PICHINCHA**

V. INFORME MÉDICO INICIAL

Datos que debe llenar el médico que atendió al afiliado

(En caso de no poder llenar esta sección, debe presentar el certificado y/o informes médicos originales, sellados y firmados por el médico o casa de salud en donde fue atendido.)

Lugar de atención: Fecha de atención: (dd/mm/aaaa)

Descripción de la enfermedad actual: *(Comienzo, evolución, diagnóstico)*

Antecedentes patológicos generales:

Antecedentes patológicos correlacionados con la enfermedad actual:

Unidad médica que informa:

Fecha que emite el informe: (dd/mm/aaaa)

Nombre del Facultativo:

No. Cédula:

No. Código médico:

Firma y Sello

NOTA: Los campos especificados con (*) deben llenarse de forma obligatoria.